

Aus der Pathologischen Abteilung
des Städtischen Krankenhauses Neukölln, Berlin
Direktor: Professor Dr. med. Kurt Köhn

DAS UTERUSCARCINOM AUS DER SICHT
DES NIEDERGELASSENEN GYNÄKOLOGEN

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den
Medizinischen Fachbereichen der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Karl-Heinz Leidreiter
aus Berlin

1976

Aus der Pathologischen Abteilung
des Städtischen Krankenhauses Neukölln, Berlin
Direktor: Professor Dr. med. Kurt Köhn

Das Uteruscarcinom aus der Sicht
des niedergelassenen Gynäkologen

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin



vorgelegt von
Karl-Heinz Leidreiter
aus Berlin

Referent: Professor Dr. med. Kurt Köhn

Korreferent: Professor Dr. med. H. Lax

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin



Promoviert am: 14. Januar 1976

MEINER MUTTER
IN DANKBARKEIT
GEWIDMET





Digitized by the Internet Archive
in 2026

Inhaltsverzeichnis

Seite

I. Einleitung	5
II. Eigene Beobachtungen	18
III. Fallbeschreibungen	85
IV. Zusammenfassung	80
V. Literaturverzeichnis	83

I. EINLEITUNG

=====

Die Früherkennung des Portiocarcinoms und die hierdurch mögliche Ausheilung dieser gefährlichen Krankheit muß ein sehr wichtiges sozialmedizinisches Anliegen jedes hochentwickelten Staats- und Gemeinschaftswesens sein.

Werden doch jährlich Tausende jüngerer Frauen durch das Portiocarcinom frühinvalid und berufsunfähig, sofern sie nicht in Kürze ad exitum kommen. Dieser Erkenntnis wird heute von unserem Staat durch die Einführung der unentgeltlichen kassenärztlichen Vorsorgeuntersuchung voll Rechnung getragen. Dem Gynaekologen kommt aber damit in der Früherkennung des Portiocarcinoms eine besondere Aufgabe und auch ein hohes Maß an Verantwortung zu, wendet sich die Patientin doch zumeist zunächst an einen niedergelassenen Gynaekologen, dessen Urteil sie vertraut.

Dem Gynaekologen in der Praxis stehen zur Früherkennung des Portiocarcinoms drei Untersuchungsmethoden zur Verfügung: Die Kolposkopie, d. h. die direkte Betrachtung der Portio, ferner die cytologische Abstrichuntersuchung und die bereits mit einem kleinen operativen Eingriff verbundene Probeexcision. Alle drei Untersuchungsmethoden haben ihre Berechtigung und müssen nebeneinander ergänzend angewandt werden, da eine einzelne Untersuchungsmethode aus den verschiedensten Gründen versagen kann.

Der cytologische Abstrich ist die jüngste dieser diagnostischen Methoden, und er dient der "Fährtsensuche", d. h.

er erfordert bei positivem Befund eine weitere diagnostische Abklärung. Ist er jedoch bei wiederholten Untersuchungen negativ, so darf man annehmen, daß keine malignen Zellveränderungen vorliegen.

Zunächst ein paar Worte zur cytologischen Untersuchungsmethode:

Die Cytologie hat 1965 ihr dreihundertjähriges Jubiläum begangen. 1665 erschien die bedeutsame Schrift des englischen Physikers Robert HOOKE "Micrographia", in welcher erstmalig die zellige Struktur zahlreicher Pflanzen beschrieben wurde. HOOKE hatte Holundermark, Fenchel, Kork, verschiedene Farne u. a. untersucht und festgestellt, daß sie kleinste Einheiten, "Kästchen" oder "little boxes", sog. "cells" enthalten. Somit schuf Robert HOOKE den Begriff der "Zelle". Sein Zeitgenosse, der Holländer Anton van LEEUWENHOEK hatte unabhängig von den Arbeiten HOOKE's gleiche Studien an tierischen Geweben und Zellen betrieben und 1702 erstmalig Zellkerne in roten Blutkörperchen von Fischen gesehen. Auch versuchte er sich bereits im Anfärben verschiedener Zellformen. Aber abgesehen von einigen weniger bedeutungsvollen Entdeckungen im 18. Jahrhundert nahm die Zellehre erst im 19. Jahrhundert ihren großen Aufschwung durch TREVIRANS (1806), LINK (1807), SCHLEIDEN (1838), SCHWANN (1839) und schließlich durch Rudolf VIRCHOW (1851, 1855, 1858).

VIRCHOW erkannte und formulierte "Omnis cellula a cellula". Er sah in der Zelle nicht nur den Sitz aller Lebensvorgänge, sondern auch den Sitz der Krankheit. Seine Forschungs-

ergebnisse und Gedanken zum Thema "Zelle" sind in seiner 1858 erschienenen "Zellulärpathologie" niedergelegt. Die Zellulärpathologie VIRCHOW's ist bis auf den heutigen Tag gültig geblieben, wenngleich sie auch manche Ergänzung und kleine Abwandlungen erfahren hat und mußte.

Mit dem Wissen um die Bedeutung der Zelle wurden neue Disziplinen der Biologie und der Medizin geboren, so besonders die Genetik, die Vererbungslehre und dann die uns hier interessierende praktische Cytologie, d. h. die Erkenntnis, aus dem morphologischen Verhalten der Zelle Aussagen über ihren Funktionszustand und über mögliche Erkrankungen machen zu können, die sog. Cytodiagnostik.

Die Einführung von Färbeverfahren für Trockenpräparate durch EHRLICH (1882) eröffnete weitere Möglichkeiten der Differenzierung einzelner Zellbestandteile. So verfügte WIDAL um die Jahrhundertwende bereits über beachtliche Kenntnisse auf dem Gebiet der Cytodiagnostik der Ex- und Transsudate. Die bedeutendste Arbeit der damaligen Zeit, die der Cytodiagnostik - bisher von vielen Seiten und nicht zuletzt von Seiten der Pathologen heftig befehdet - zum entscheidenden Durchbruch verhalf, war die Publikation KÖNIGERS (1908): "Die cytologische Untersuchungsmethode".

Die gynäkologische Cytologie beschränkte sich lange Jahre auf die Cycluserfassung (LATASTE 1892), (REITTERER 1892).

STOCKARD und PAPANICOLAOU (1917) studierten die cyclischen Veränderungen des Vaginalepithels beim Menschen. Gleiche

Untersuchungen wurden dann von vielen Forschern an anderen Tierarten z. B. an Ratten, Mäusen, Kaninchen usw. durchgeführt.

Nachdem DIERKS (1927) an histologischen Schnittpräparaten aus der Vagina der Frau an den Cyclus gebundene Veränderungen des Epithels nachweisen konnte, gelang es dem Mexikaner RAMIREZ (1928) schon ein Jahr später diese cyclischen Veränderungen auch aus dem Zellabstrich der Vagina zu erkennen. 1933 erschien die große Arbeit PAPANICOLAOUs über die epithelialen Veränderungen beim Vaginalcyclus der Frau.

George Nicholas PAPANICOLAOU wurde 1882 in Griechenland geboren und war ursprünglich Anatom, später auch Pathologe in New York.

Die Fülle der nun folgenden Arbeiten ist kaum zu übersehen. Das Vaginalepithel wurde nicht nur in den einzelnen cyclischen Phasen studiert, sondern auch im Kindesalter, in der Pubertät, im Klimakterium, in der Menopause, unter dem Einfluß der verschiedensten Hormone usw. Auch wurden viele Spezialfärbemethoden angegeben (z. B. Papanicolaou-Färbung, Shorr-Färbung u. a.), um die einzelnen Cyclusphasen genauer färberisch erfassen zu können.

Obwohl PAPANICOLAOU schon 1928 im Zusammenhang mit seinen Cyclus-Beobachtungen auf zuweilen auftretende Kernveränderungen aufmerksam gemacht hatte, fanden diese Hinweise damals wenig Beachtung. Als PAPANICOLAOU jedoch der Nachweis gelang, daß derartige Zell- und Kernveränderungen eine Malignisierung der Zelle anzeigen, und man beginnendes Krebswachstum auch cytologisch diagnostizieren könnte,

horchte die Welt auf. 1943 publizierte er zusammen mit TRAUT "Diagnosis of Uterine Cancer by the Vaginal Smear". Die Autoren hatten Abstriche von 3014 Frauen untersucht und hatten 127 Collumcarcinome cytologisch entdeckt, die später histologisch verifiziert wurden. Sie berichten über eine Treffsicherheit von bereits 97 %.

In Deutschland konnte sich die Cytodiagnostik als Fährten-suche für den Krebs nur schwer durchsetzen, das lag nicht zuletzt an dem Widerstand und der Skepsis, die die Pathologen dieser neuen Untersuchungsmethode gegenüber an den Tag legten.

LENNERT (1973) hat auf der 57. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie hierauf hingewiesen:

"Wie kam es, daß sich die praktische Cytologie so schwer durchsetzen konnte? Ich nenne nur zwei Gründe: Cytologen waren in der Regel keine Pathologen. PAPANICOLAOU zum Beispiel war Anatom, viele andere waren Kliniker. Sie stellten zwar oft nachtwandlerisch sichere Diagnosen, jedoch fehlte ihnen nicht selten der theoretische Unterbau, so daß Pathologen gerne naserümpfend über sie herzogen.

Viel gravierender war jedoch ein Hauptsatz der Krebsdiagnostik, der noch auf den Deutschen Pathologenkongreß in Hannover 1951 das Feld beherrschte:

Ohne den Nachweis infiltrierenden Wachstums keine Krebsdiagnose!

Da aber infiltrierendes Wachstum nur innerhalb des Gewebeverbandes, also nur histologisch erkennbar ist, war damit das Todesurteil über die Cytodiagnostik, jedenfalls in Deutschland, gesprochen.

Dies war sehr bedauerlich, weil die tägliche Erfahrung

des Cytologen immer mehr Argumente dafür erbrachte, daß der Ausstrich eben doch mehr leistet, als theoretisch zu erwarten war. So hat sich die praktische Cytologie allmählich mehr und mehr durchsetzen können und das vor allem an Orten wo tolerante Pathologen und aktive selbstkritische Cytologen einander gegenüberstanden."

IGEL (1947) hat auf dem Berliner Gynaekologenkongreß als erster auf die amerikanischen Arbeiten und Erfahrungen über die Cytodiagnostik hingewiesen. Weitere Wegbereiter der gynaekologischen Cytologie in Deutschland waren dann LIMBURG (1949), RETSCH (1953) und vor allem ZINSER (1951), ferner MOHR (1952), SCHMITT (1950, 1953), STOLL (1949), SMOLKA und SOOST (1956) u.v.a.

Welche Kriterien sind es nun, die uns gestatten, allein schon aus dem Zellbild das Vorliegen malignen Wachstums zu diagnostizieren? Es sind die gleichen Kriterien, nach denen auch der Histologe urteilt, nur hat dieser die Möglichkeit, das Verhalten eines Zellverbandes zur Umgebung zu erfassen, also infiltrierendes, destruierendes und aggressives Wachstum direkt im Mikroskop zu sehen.

In der malignen Tumorzelle ist die Kern-Plasma-Relation stets zugunsten des Kerns verschoben, die Kerne sind auch nicht gleich groß (Anisonucleose) und häufig mißgestaltet (Dyskaryose) oder vielgestaltig (polymorph).

Oft besteht auch eine Hyperchromasie, d. h. die Zellkerne sind stärker anfärbbar als gewöhnliche ruhende Zellkerne, da die DNS in malignen Tumorzellen erheblich vermehrt sein kann. Die Mitosen erfolgen überstürzt, so werden auch

pathologische Mitosen beobachtet und hierbei entstehen vielfache Chromosomensätze (Polyploidie); man hat bis zu 600 Chromosomen in Tumorzellen gezählt. Infolgedessen erfährt auch das Plasma der Tumorzellen häufig Veränderungen, die Zellen verlieren ihre ursprüngliche Form und Gestalt, sie werden vielgestaltig (polymorph, Anisocytose).

Der Cytologe muß möglichst viele Zellen in einem Aus- oder Abstrich beobachten, denn alle eben genannten Veränderungen können an einer einzelnen Zelle oder an wenigen Zellen auch bei anderen pathologischen Prozessen gefunden werden, so im Gefolge von Entzündungen oder auch bei gutartigen Tumoren. Hier sind es dann stets nur vereinzelte Zellen, die nur dieses oder jenes "Malignitätskriterium" aufweisen, nicht aber wie bei den bösartigen Tumoren eine größere Reihe von Zellen. Es bedurfte einer langjährigen Erfahrung, ehe diese heute geläufigen Tatsachen erkannt und allgemein anerkannt waren und auch heute ist die Erfahrung des einzelnen Cytologen Voraussetzung für eine diese Methode nicht in Mißkredit bringende Diagnostik.

Die histologische Beurteilung des Portioepithels hat im Laufe der Jahre deutliche Wandlungen durchgemacht. Zell- und Kernatypien des Plattenepithels, namentlich im Grenzbereich zum Zylinderepithel der Cervix, sind ja keine Seltenheiten, doch bestimmen erst Grad und Ausdehnung dieser Atypien die prognostische Beurteilung. So unterschied man bald von pathologisch-anatomischer Seite zwischen "leichten" und "schweren" oder auch "gesteigerten" Atypien, wo-

bei man die gesteigerten Atypien zunächst als Präcancerosen auffaßte.

Die Pathologen haben sich lange gegen den von gynaekologischer Seite inaugurierten Begriff des "Carcinoma in situ" gesträubt und lediglich von einem "gesteigert atypischen" Wachstum sprechen wollen, da sie als wichtigstes Kriterium der Malignität die Infiltration, das invasive Wachstum der atypischen Epithelverbände ansahen, daher den Ausdruck "praeinvasives Carcinom" oder "intraepitheliales Carcinom" für eine Contradictio in adjecto hielten.

So waren sehr bald die verschiedensten Nomenklaturen im Umlauf und die Verständigung zwischen Pathologen und Gynaekologen wurde immer mehr erschwert.

BURGHARDT (1972) führt folgende Bezeichnungen für das atypische Plattenepithel der Portio an:

- Hyperaktives Epithel
- verdächtiges Epithel
- einfach atypisches Epithel
- gesteigert atypisches Epithel
- unruhiges Epithel
- verdächtige Wucherungsvorgänge
- Anaplasie
- atypische Hyperplasie
- Dysplasie
- usw. ...

BURGHARDT (1972) betont, daß diese Bezeichnungen keineswegs immer synonym gebraucht wurden und sie nicht immer transponibel waren. Als atypisches Epithel werden ganz allgemein alle atypischen Proliferationen in einem bereits hö-

her aufgebauten Epithel ohne Rücksicht auf das Ausmaß der Atypie bezeichnet.

Der Begriff der Atypie kann also nicht zur feineren Differenzierung dienen, sagt also nichts darüber aus, ob eine einfache Dysplasie, eine starke Dysplasie oder gar ein Carcinoma in situ vorliegt. HINSELMANN (1954) bezeichnete als atypisches Epithel sog. "metaplastisches Epithel", also einfach abnormes Epithel und gebrauchte den Begriff des "gesteigert atypischen Epithels" für die schwere Dysplasie und das Carcinoma in situ, wobei er zwischen der Dysplasie und dem Carcinoma in situ nicht weiter unterschied.

Heute teilen wir den Begriff des gesteigert atypischen Epithels in das dysplastische Epithel und das Carcinoma in situ ein, welcher letzterer Begriff gleichbedeutend mit dem Begriff des präinvasiven oder intraepithelialen Carcinoms ist. Das dysplastische Epithel ist wiederum einzuteilen in die "leichte" Dysplasie, die "mittelschwere" und "schwere" Dysplasie, die dann zum Carcinoma in situ überleitet.

Die Trennung des gesteigert atypischen Epithels in Dysplasie und Carcinoma in situ erwies sich als dringend notwendig, da unter der Diagnose "gesteigert atypisches Epithel" viele Veränderungen sich verbargen, die ohne weitere therapeutische Eingriffe wieder verschwanden, die z. T. auch nach hormonellen Umstimmungen, wie in der Schwangerschaft, beobachtet wurden, jedoch keinen Hinweis auf echtes malignes Wachstum gaben und so ausgedehntere opera-

tive Eingriffe nicht rechtfertigen konnten.

Für das echte Carcinoma in situ wird die gestaltliche Analogie zwischen den intraepithelialen Veränderungen und den epithelialen Verbänden des invasiven Plattenepithelcarcinoms gefordert. BURGHARDT (1972) weist darauf hin, daß wir heute in der Definition des Begriffes "Carcinoma in situ" noch weiter gehen und daß die gestaltliche Analogie "nicht nur die zytomorphologischen Merkmale der malignen Wucherung betrifft, sondern, daß das Carcinoma in situ auch andere Details des echten Carcinoms nachzuahmen vermag" (siehe auch BURGHARDT 1955, CHRISTOPHERSON 1964, KOSS und Mitarb. 1961, LIMBURG 1956, REAGAN 1955). Ist das Epithel zwar atypisch, doch sind die strukturellen Merkmale nicht völlig gestört, so sprechen wir heute von einer Dysplasie, die "leicht", "mittelgradig" oder "schwer" sein kann. Die Abgrenzung einer "schweren" Dysplasie vom Carcinoma in situ kann u. U. große Schwierigkeiten bereiten, und es erfordert große Erfahrung, um hier immer die richtige Diagnose zu stellen. Viele Berichte über sich zurückentwickelt habende Carcinomata in situ, namentlich während und nach der Schwangerschaft, sind sicher dahingehend zu verstehen, daß hier Dysplasien mit dem Carcinoma in situ wechselten.

Diese Schwierigkeiten der Beurteilung praemaligner Epithelveränderungen sind uns auch im Bereich der äußeren Haut beim Morbus BOWEN, bei der Erythroplasia QUEYRAT und von der atypischen Leukoplakie der Stimmbänder (KÖHN 1969) bekannt.

Über das Schicksal des echten Carcinoma in situ ist viel und auch sehr Unterschiedliches berichtet worden. Bis heute ist keineswegs sicher abgeklärt, ob ein jedes Carcinoma in situ zum invasiven Carcinom auswachsen muß und in welcher Zeitspanne damit zu rechnen ist. BURGHARDT (1972) hebt hervor, daß die oft sehr unterschiedlichen Angaben in der Literatur wohl durch die verschieden strenge Auslegung des Begriffes "Carcinoma in situ" zu erklären sind, also durch die sehr unterschiedlich gehandhabte Abgrenzung der Dysplasie vom Carcinoma in situ. PETERSEN (1955, 1956) beobachtete in 34 % Übergang in invasives Wachstum, KOTTMEIER (1953) in nur 8 von 59 unbehandelten Fällen von Carcinoma in situ. Im Beobachtungsmaterial von CHRISTOPHERSON (1969) entwickelten sich 34 % der Carcinomata in situ innerhalb von 1 - 5 Jahren zum invasiven Carcinom. Offenbar kann die Latenzzeit zwischen dem Carcinoma in situ und dem invasiven Stadium sehr lang sein, worauf BURGHARDT (1972) mit Nachdruck hinweist. KOTTMEIER (1961) beobachtete 31 Fälle von Carcinoma in situ über 12 Jahre, bis dahin hatten sich 71 % zum invasiven Carcinom entwickelt. BOYES, FIDLER und LOCK (1963) schätzten aufgrund ihres Beobachtungsgutes die Quote der sich auf dem Boden des Carcinoma in situ entwickelnden invasiven Carcinome auf 60 % innerhalb von 12 Jahren.

So umstritten die Frage der spontanen Rückentwicklung eines Carcinoma in situ ist, so sicher ist dieses Vorkommnis bei der Dysplasie. Hier werden Regressionen zwischen 50 und

60 % genannt, besonders für die leichten und mittelgradigen Dysplasien, während für die schweren Dysplasien wesentlich geringere Werte, um 20 % angegeben werden (siehe HÄFELI 1950, HALL und WALTON 1968).

Es ist ohne weiteres verständlich, daß die größte Treffsicherheit der genannten Untersuchungsmethoden (Kolposkopie, Cytologie und histologische Untersuchung einer Probeexcision) der histologischen Untersuchungsmethode zukommt, sofern die richtige verdächtige Stelle entnommen wird, was bei etwas höher im Cervicalkanal sitzenden Atypien und Carcinomen jedoch nicht immer der Fall sein wird. Aus diesem Grunde ist die cytologische Untersuchungsmethode eine sehr wichtige heute nicht mehr zu entbehrende Zusatzmethode, da hiermit auch okkulte, im Kolposkop nicht sichtbare Atypien erfaßt werden können. Doch ist die Treffsicherheit der cytologischen Untersuchungsmethode nicht hundertprozentig. HERTING und SCHNELL (1973) fanden bei 313 positiven cytologischen Fällen in 24,6 % ein negatives histologisches Ergebnis, doch fanden sich auch hier Epithelatypien, die jedoch nicht als carcinomverdächtig zu bezeichnen waren. Bei cytologisch positiven Befunden der Gruppe V waren histologisch nur 6,2 % keine echten Carcinome. Ähnliche Ergebnisse erzielte PRIESHOF (1969).

NAUJOKS und CONRAD (1974) registrierten folgende Ergebnisse: 54 % der cytologisch als Pap III bezeichneten Befunde wurden in der Folgezeit wieder negativ und 8,3 % der als Pap IV und V diagnostizierten Fälle. Kein entsprechendes

histologisches Substrat konnte im Material der Autoren bei 38,7 % der Pap III-Befundung gefunden werden und bei 9,6 % der Pap IV und V-Befundung. BAJARDI und KASTNER (1972) vermißten ein klärendes histologisches Substrat sogar bei 15,3 % ihrer Pap IV und Pap V-Fälle.

Aus dem Gesagten geht eindeutig hervor, daß keine der genannten Untersuchungsmethoden Anspruch auf absolute Zuverlässigkeit erheben kann, daß jede Methode ihre Berechtigung hat und nur die gleichzeitige Anwendung aller 3 Methoden (Kolposkopie, Cytologie und Histologie) die bestmöglichen Resultate erwarten läßt. Das anhand des Beobachtungsgutes einer freien gynaekologischen Praxis aufzuzeigen, ist Aufgabe der vorliegenden Arbeit.

II. EIGENE BEOBACHTUNGEN =====

Die Auswertungen cytologischer Untersuchungen im Praxisbereich eines niedergelassenen Gynaekologen haben zur Vermeidung von Fehlschlüssen die Tatsache zu berücksichtigen, daß vor Übernahme der Vorsorgeuntersuchungen durch die gesetzlichen Krankenkassen nur bei einem bestimmten Patientinnenkreis Portioabstriche vorgenommen wurden, mußten diese Abstrichuntersuchungen doch auf dem Krankenschein ausdrücklich durch Bescheinigung eines unklaren oder verdächtigen klinischen bzw. kolposkopischen Befundes begründet werden.

Zwar wurde die Bescheinigung eines Verdachtfalles zum Nutzen der Patientinnen großzügig gehandhabt - anderenfalls wäre die Zahl der Abstrichuntersuchungen vor 1971 noch bedeutend geringer gewesen - doch war die Gesamtzahl der Untersuchungen hierdurch stark eingeschränkt und der Prozentsatz echt verdächtiger oder positiver Befunde höher.

Erst nach Übernahme der Vorsorgeuntersuchungen durch die gesetzlichen Kassen am 1.7.1971 konnten Abstriche an einem völlig unausgewählten Patientinnenkreis vorgenommen werden, so daß nun nicht nur die Gesamtzahl der Untersuchungen anstiegen, sondern das Verhältnis der verdächtigen und unverdächtigen Befunde sich zur Seite der unverdächtigen Befunde hin verschieben mußte.

Wir haben unser Beobachtungsgut deshalb in 2 Abschnitte eingeteilt:

1. Beobachtungen und Befunde zwischen dem 1.1.68 und 30.6.71

2. Beobachtungen und Befunde nach dem 1.7.71 bis Ende des Jahres 1974

Wir entnahmen vom 1. Januar 1968 bis zum 30. Juni 1971 1051 cytologische Abstriche aus der Cervix uteri und von der Portio und diagnostizierten insgesamt in diesem Zeitabschnitt 36 Uteruscarcinome einschließlich der Carcinomata in situ.

Vom 1.7.1971 bis zum 30.9.1974 wurden im Rahmen der nun kassenrechtlich zulässigen Vorsorgeuntersuchungen 2273 cytologische Abstriche entnommen.

Histologisch gesicherte Uteruscarcinome entfallen auf diesen Zeitabschnitt 23.

Bei der altersmäßigen Aufgliederung des Materials aus der Zeit vor der kassenrechtlichen Zulässigkeit von Vorsorgeuntersuchungen und danach sind keine signifikanten Differenzen nachzuweisen.

Insgesamt wurden in den Jahren vom 1.1.1968 bis zum 30.9.1974 also 3324 cytologische Abstriche entnommen, es wurden 59 Carcinome diagnostiziert und der Behandlung zugeführt.

Von diesen 59 Patientinnen überlebten bis jetzt 38, es verstarben 15, während das Schicksal von 6 Frauen z. B. wegen Wechsel des Wohnortes oder anderer Bedingtheiten nicht weiter verfolgt werden konnte.

Bei diesen Zahlenangaben muß natürlich berücksichtigt werden, daß über die erst im Jahre 1974 diagnostizierten po-

sitiven Erkrankungsfälle hinsichtlich einer etwaigen Heilung wegen der Kürze der Beobachtungszeit noch nichts Endgültiges ausgesagt werden kann.

Die folgende Tabelle I zeigt die altersmäßige Zusammensetzung des cytologisch erfaßten Patientinnenanteils, die Teilnahme der einzelnen Jahrgänge in Fall- und Prozentzahlen und das Verhältnis zur Gesamtzahl der Personen, die nach Einführung der Vorsorgemaßnahmen an diesen Untersuchungen teilgenommen haben.

Die Tabelle II gibt die gleiche Aufschlüsselung der durch cytologische Suchmethoden erfaßten Patientinnen für die Zeit vor der kassenrechtlichen Zulässigkeit der allgemeinen Krebsvorsorge wieder.

Die Zahlen hinter dem Komma sind auf 1/2 Prozente auf- oder abgerundet.

Die Zusammenfassung in jeweils 5 Jahrgänge wurde bei den Patientinnen, die weniger als 30 und mehr als 80 Jahre alt waren, wegen der geringen Beteiligung an den Vorsorgeuntersuchungen unterlassen.

TABELLE I (Fortsetzung)

Alter	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
Anzahl der Patientinnen	102	34	57	68	69	22	11	35	23	46
Prozent v.d. Gesamtzahl	4,5%	1,5%	2,5%	3%	3%	1%	0,5%	1,5%	1%	2%
In jeweils 5 Jahrgänge zusammengefaßt	330 Fälle = 14,5 %					137 Fälle = 6%				
Alter	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69
Anzahl der Patientinnen	34	45	35	57	80	46	68	56	12	57
Prozent v.d. Gesamtzahl	1,5%	2%	1,5%	2,5%	3,5%	2%	3%	2,5%	0,5%	2,5%
In jeweils 5 Jahrgänge zusammengefaßt	251 Fälle = 11 %					239 Fälle = 10,5%				

TABELLE I (Fortsetzung)

Alter	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79
Anzahl der Patientinnen	22	11	23	12	45	23	11	12	12	10
Prozent v.d. Gesamtzahl	1%	0,5%	1%	0,5%	2%	1%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
In jeweils 5 Jahrgänge zusammengefaßt	113 Fälle = 5 %									68 Fälle = 3 %

Alter	über 80 Jahre
Anzahl der Patientinnen	34
Prozent v.d. Gesamtzahl	1,5%
Zusammengefaßt	34 Fälle = 1,5%

vom 1.7.1971 bis 30.9.1974 = 2273 Fälle

Auswertung von Tabelle I:

Die stärkste Inanspruchnahme der cytologischen Vorsorgeuntersuchung fand sich bei folgenden Jahrgängen:

von 35 bis 39 Jahren	mit rd. 15,5 % aller Fälle
von 50 bis 54 Jahren	mit rd. 14,5 % aller Fälle
von 30 bis 34 Jahren	mit rd. 13,5 % aller Fälle
von 45 bis 49 Jahren	mit rd. 13,0 % aller Fälle

Erstaunlich gering war die Beteiligung der Jahrgänge von 40 bis 44 Jahren mit nur 5,5 % und von 55 bis 59 Jahren mit nur 6,0 % aller Untersuchungen.

Die Beteiligung der Jahrgänge unter 30 Jahren, die nicht in die gesetzliche Vorsorge einbezogen sind und der Jahrgänge über 80 Jahren - wohl wegen des hohen Alters nicht mehr in der Dichte wie jüngere Jahrgänge vertreten -, ist aus verständlichen Gründen im aufgeführten Material geringer.

Jahrgänge unter 30 = etwa 1 % der Gesamtbeteiligung,
Jahrgänge über 80 = etwa 1,5 % der Gesamtbeteiligung.

Als Einzeljahrgang haben die 37jährigen die Möglichkeit der Vorsorgeuntersuchung am stärksten mit einer Beteiligung von 5,5 % an der Gesamtzahl genutzt.

Die Zusammenfassung in Jahrzehnten ergibt, daß das 4. Jahrzehnt, also die 30- bis 39jährigen Frauen mit insgesamt 29 % der Gesamtzahl am stärksten beteiligt gewesen sind.

TABELLE II

Alter	unter 30	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Anzahl der Patientinnen	41	120	172	147	121	120
Prozent v. d. Gesamtzahl in jeweils 5 Jahrgänge zusammengefaßt	4%	11,5%	16,5%	14%	11,5%	11,5%

Alter	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	über 80
Anzahl der Patientinnen	104	88	57	51	25	5
Prozent v. d. Gesamtzahl in jeweils 5 Jahrgänge zusammengefaßt	10%	8,5%	5,5%	5%	2,5%	0,5%

Vom 1.1.1968 bis 30.6.1971 = 1051 Abstriche

Auswertung von Tabelle II

Da die Anzahl der in dieser Tabelle erfaßten Fälle erheblich geringer ist als die in der Tabelle I, wurde für die vergleichende Untersuchung auf die Aufführung der einzelnen Jahrgänge wegen der kleinen Zahl zugunsten einer Zusammenfassung in jeweils 5 Jahrgänge verzichtet.

Hierbei ergibt sich in dem uns zur Verfügung stehenden Material keine sehr auffällige Veränderung bei der altersmäßigen Aufschlüsselung im Vergleich zu der Zeit nach 1971.

In jeweils fünf Jahrgänge zusammengefaßt, kommt es bei der überwiegenden Anzahl der Fälle nur zu Schwankungen bis zu 3 % gegenüber der Tabelle I.

Größere Differenzen finden sich nur in den Gruppen der 40- bis 44jährigen, der 55- bis 59jährigen und der 65- bis 69jährigen Patientinnen. Es scheint uns aber gewagt, hieraus Schlüsse zu ziehen, die zwingend etwas beweisen sollen.

Zweifellos steigt die Zahl der an Carcinom erkrankten Patienten mit zunehmendem Alter. Dem steht aber in unserer Praxis die Erfahrung gegenüber, daß sich ältere Patientinnen schwerer, ja häufig erst nach dem Auftreten von Krankheitssymptomen entschließen, einen Gynaekologen aufzusuchen. Bei jüngeren Frauen hingegen gewinnt der Aspekt der Vorsorge größere Bedeutung.

Die folgende Tabelle III gibt eine Übersicht über die klinischen, kolposkopischen, cytologischen und histologischen Befunde der gesicherten Carcinomfälle einschließ-

lich der Carcinomata in situ unter Berücksichtigung des jeweiligen Alters der Patientinnen.

Auch sind die therapeutischen Konsequenzen angegeben, sowie die weiteren Verlaufsdaten, soweit sie uns bekannt sind.

Fall Nr.	Datum der Diagnose	Alter der Patientin	Klinisch-kolposkop. Diagnose	Weitere diagnostische Maßnahme bzw. Ergebnis d. Cytologie	Histologie	Art und Stadium des Carcinoms	Therapeut. Maßnahmen	Weiterer Verlauf
1	8.1.68	42	Unverdächtige Portio, sanguinolenter Fluor.	Fraktionierte Curettage + PE Portio.	Plattenepithelcarcinom.	Cervixca. I	Radiumeinlagen, Operation nach WERTHEIM.	+
2	11.3.68	43	Suspecter Portio-polyp.	PE Portio, Polypentfernung.	Plattenepithelcarcinom.	Collumpolyp ohne Infiltration. Ca in situ.	Konisation	+
3	24.4.68	70	Fleischwas-serfarbener Fluor. Portio unverdächtig.	Pap I, Curettage.	Adenocarcinom.	Corpusca.	Vaginale Uterusexstirpation.	?
4	25.4.68	50	Kolposkopisch susp. Portio.	PE Portio.	Plattenepithelcarcinom.	Ca. colli	I. Radiumeinl., Operation nach WERTHEIM, Nachbestrahlung.	+
5	12.9.68	76	Portio kolposkopisch unverdächtig.	Pap IV-V	Plattenepithelcarcinom.	Cervixca. II	Radiumeinl., Operation nach WERTHEIM, Nachbestrahlung.	+

TABELLE III (Fortsetzung)

Fall Nr.	Datum der Diagnose	Alter der Patientin	Klinisch-kolposkop. Diagnose	Weitere diagnostische Maßnahme bzw. Ergebnis d. Cytologie	Histologie	Art und Stadium des Carcinoms	Therapeut. Maßnahmen	Weiterer Verlauf
6	14.10.68	25	Kolposkopisch susp. Befund.	PE Portio u. fraktionierte Curettage.	Hochgradig gesteigertes atypisches Epithel.	Ca. colli in situ.	Konisation.	+ verstorben
7	11.11.68	42	Kolposkopisch susp. Portio.	Pap I, PE und Abrasio.	Plattenepithelcarcinom.	Ca. colli	I. Radiumeinl., Operation nach WERTHEIM.	+ verstorben
8	19.11.68	58	Kolposkopisch susp. Portio.	PE und Abrasio.	Plattenepithelcarcinom.	Ca. colli I-II.	Radiumeinl., Operation nach WERTHEIM.	+ verstorben
9	5.12.68	62	Kolposkopisch susp. Portio.	PE Portio.	Plattenepithelcarcinom.	Ca. colli	I. Radiumeinl., Operation nach WERTHEIM.	+ verstorben
10	17.12.68	53	Kolposkopisch sehr susp. Port.	Pap II, PE Portio	Plattenepithelcarcinom.	Ca. colli III.	Betatronbestrahlung.	+ verstorben
11	24. 2.69	52	Susp. Portio, makroskop. kolposk. u. PE.	Pap II, Abrasio und PE.	Plattenepithelcarcinom.	Ca. colli	I. Radiumeinl., Operation n. WERTHEIM, Nachbestrahlung.	+ verstorben

TABELLE III (Fortsetzung)

Fall Nr.	Datum der Diagnose	Alter der Patientin	Klinisch-kolposkop. Diagnose	Weitere diagnostische Maßnahme bzw. Ergebnis d. Cytologie	Histologie	Art und Stadium des Carcinoms	Therapeut. Maßnahmen	Weiterer Verlauf
12	24. 2. 69	57	Kolposkopisch susp. Portio.	Abrasio und PE Portio.	Plattenepithelcarcinom.	Ca. colli I-II.	Radiumeinl., Operation nach WERTHEIM, Nachbestrahlung.	+ verstorben
13	3. 4. 69	47	Blutiger Fluor.	Cervixabraisio und PE Portio.	Plattenepithelcarcinom.	Cervixcarcinom II.	Vaginale Totalexstirpation mit Adnexen.	? verstorben
14	3. 4. 69	65	Kolposkopisch susp. Portio.	Abrasio und PE Portio.	Plattenepithelcarcinom.	Ca. colli I.	Betatronbestrahlung.	? verstorben
15	15. 4. 69	41	Makroskop. Portiocarcinom.	PE Portio.	Plattenepithelcarcinom.	Ca. colli II.	Betatronbestrahlung.	+ verstorben
16	21. 4. 69	57	Makroskop. sehr susp. Portio.	Probeexcision.	Plattenepithelcarcinom.	Ca. colli III.	Palliativ.	+ verstorben

TABELLE III (Fortsetzung)

Fall Nr.	Datum der Diagnose	Alter der Patientin	Klinisch-kolposkop. Diagnose	Weitere diagnostische Maßnahme bzw. Ergebnis d. Cytologie	Histologie	Art und Stadium des Carcinoms	Therapeut. Maßnahmen	Weiterer Verlauf
17	17. 4. 69	49	Kolposkop. unverdächtige Ektopie.	Pap IV, Abrasio und PE Portio.	Pap IV, Abrasio und PE in situ.	Ca. in situ der Portio.	in situ Vaginale Uterusexstirpation.	+
18	18. 7. 69	37	Kolposkop. sus. Portio. te Fraktionierter Curettage und PE Portio.	Plattenepithelcarcinom.	Ca. colli in situ.	Radiumeinl., abdominale Totalexstirpation.		+
19	18. 7. 69	69	Kolposkop. unverdächtig.	Pap III und PE Portio.	Plattenepithelcarcinom.	Ca. colli I. Vaginale Uterusexstirpation.		+
20	21. 7. 69	76	Sanguinolenter Fluor i. d. Postmenopause. Kolp. unverdächtig.	Sanguinolente Curettage	Plattenepithelcarcinom.	Ca. colli I. Betatronbestrahlung.		+
21	18. 9. 69	52	Sanguinolenter Fluor i. d. Postmenopause.	Fraktionierter Curettage	Adenocarcinom.	Corpusca.	Vaginale Uterusexstirpation.	+

Tabelle III (Fortsetzung)

Fall Nr.	Datum der Diagnose	Alter der Patientin	Klinisch- kolposkop. Diagnose	Weitere dia- gnostische Maßnahme bzw. Ergebnis d. Cytologie	Histologie	Art und Stadium des Car- cinoms	Therapeut. Maßnahmen	Weiterer Verlauf	
								ver- stor- ben	unbe- kannt über- lebt
22	23. 9.69	55	Blutung in der Post- menopause.	Curettagg.	Adeno- carcinom	Corpusca.	Abdominale Totalex- stirpation mit Adnexen.		+
23	21.10.69	59	Blutung in der Post- menopause.	Curettagg.	Adeno- carcinom.	Corpusca.	Abdominale Uterusex- stirpation m. Adnexen.		+
24	24.10.69	36	Kolposkop. verdäch- tig.	Pap III, Abrasio und PE.	Hochgradig gesteigert in situ, atypisches Epithel.	Ca. colli	Konisation.		+
25	25.11.69	47	Kolposkop. susp. Portio.	Pap II, Fraktionier- te Abrasio und PE.	Platten- epithel- carcinom.	Ca.colli I.	Abdominale Totalex- stirpation m. Adnexen.		+
26	1.12.69	54	Kolposkop. susp. Portio.	Pap IV, Abrasio und PE.	Platten- epithel- carcinom.	Ca.colli in situ.	Abdominale Totalex- stirpation ohne Adnexe.		+

Tabelle III (Fortsetzung)

Fall Nr.	Datum der Diagnose	Alter der Patientin	Klinisch-kolposkop. Diagnose	Weitere diagnostische Maßnahme bzw. Ergebnis d. Cytologie	Histologie	Art und Stadium des Carcinoms	Therapeut. Maßnahmen	Weiterer Verlauf
27	11.12.69	62	Kolposkop. susp. Portio.	Pap III. Abrasio und PE.	Plattenepithelcarcinom.	Ca.colli in situ.	Vaginale Totalexstirpation ohne Adnexe.	+
28	19. 1.70	42	Metrorrhagien.	Curettage.	Adenocarcinom.	Corpusca.	Abdominale Totalexstirpation m. Adnexen. Bestrahlung.	+
29	28. 5.70	91	Klinisch u. kolposkop. susp. Portio.	PE unter kolposkop. Sicht.	Plattenepithelcarcinom.	Ca.colli II.	Aus Altersgründen keine Behandlung.	+
30	11. 6.70	56	Kolposkop. unverdächtige Portio.	Pap III. Abrasio und PE.	Hochgradig atypisches Epithel.	Cervixpolyp, Prae-Totalexstirpation.	Vaginale Totalexstirpation.	+
31	18. 9.70	35	Unverdächtige Portio.	Pap III. Abrasio und PE.	Gesteigert atypisches Epithel.	Ca.colli in situ.	Konisation.	+

Tabelle III (Fortsetzung)

Fall Nr.	Datum der Diagnose	Alter der Patientin	Klinisch-kolposkop. Diagnose	Weitere diagnostische Maßnahme bzw. Ergebnis d. Cytologie	Histologie	Art und Stadium des Carcinoms	Therapeut. Maßnahmen	Weiterer Verlauf
32	30.10.70	46	Kolposkop. unverdächtig.	Pap III. Abrasio und PE.	Plattenepithelcarcinom.	Ca.colli I.	Radiumeinkl., Op. nach WERTHEIM, Nachbarbestrahlung	+
33	7. 1.71	71	Sanguinolenter Fluor i. d. Postmenopause.	Abrasio.	Adenocarcinom.	Corpusca.	Abdominale Totalexstirpation mit Adnexen.	+
34	1. 2.71	43	Kolposkop. susp. Portio.	Pap IV. Abrasio und PE.	Plattenepithelcarcinom.	Cervixca. I.	Radiumeinkl., Op. nach WERTHEIM, Nachbarbestrahlung.	+
35	30. 3.71	48	Kolposkop. susp. Portio.	PE Portio.	Plattenepithelcarcinom.	Ca.colli II.	Op. nach WERTHEIM, Nachbarbestrahlung.	?
36	20. 4.71	33	Kolposkop. unverdächtige Portio. PE.	Pap III. Abrasio und PE.	Hochgradig gesteigert atypisches Epithel.	Ca.colli in situ.	Konisation.	+

Tabelle III (Fortsetzung)

Fall Nr.	Datum der Diagnose	Alter der Patientin	Klinisch-kolposkop. Diagnose	Weitere diagnostische Maßnahme bzw. Ergebnis d. Cytologie	Histologie	Art und Stadium des Carcinoms	Therapeut. Maßnahmen	Weiterer Verlauf		
								verstorben	unbekannt	überlebt
37	12. 8. 71	40	Kolposkop. susp.Portio.	PE Portio.	Plattenepithelcarcinom.	Ca.colli I.	Op. nach WERTHEIM, Nachbestrahlung.	+		
38	12. 8. 71	71	Kolposkop. susp.Portio.	PE Portio.	Plattenepithelcarcinom.	Ca.colli II.	Op. nach WERTHEIM, Nachbestrahlung.	+		
39	19. 11. 71	49	Kolposkop. unverdächtige Portio. PE.	Pap IV. Abrasio und PE.	Hochgradig gesteigertes atypisches Epithel.	Ca.colli	Patientin lehnte Behandlung ab.	?		
40	13. 1. 72	53	Kolposkop. unverdächtige Portio. PE.	Pap IV. Abrasio und PE.	Hochgradig gesteigertes atypisches Epithel.	Ca.colli	Konisation, danach vaginale Uterusexstirpat.	+		
41	28. 2. 72	62	Schmierblutung in der Postmenopause.	Abrasio.	Plattenepithelcarcinom.	Mikrocarcinom der Cervix uteri.	Totalexstirpation mit Adnexen.	+		

Tabelle III (Fortsetzung)

Fall. Nr.	Datum der Diagnose	Alter der Patientin	Klinisch- kolposkop. Diagnose	Weitere dia- gnostische Maßnahme bzw. Ergebnis d. Cytologie	Histologie	Art und Stadium des Car- cinoms	Therapeut. Maßnahmen	Weiterer Verlauf	
								ver- stor- ben	unbe- über- kannt lebt
42	17. 7. 72	63	Schmierblu- tung ex utero.	Curettagg.	Adeno- carcinom.	Corpusca.	Vaginale Ute- rusexstirpa- tion mit Ad- nexen, Nach- bestrahlung.		+
43	17.11.72	53	Kolposkop. susp.Portio.	Pap IV. PE Portio.	Platten- epithel- carcinom.	Ca.colli II.	Strahlen- behandlung.	+	
44	20.11.72	36	Kolposkop. unverdäch- tige Portio.	Pap V.	Oberflächen-Ca.colli carcinom.	in situ.	Vaginale Ute- rusexstir- pation ohne Adnexe.		+
45	23.11.72	79	Kolposkop. unverdäch- tige Portio.	Pap IV.	Platten- epithel- carcinom.	Cervixca. I.	Patientin lehnte Be- handlung ab.	+	
46	14.12.72	67	Blutung in der Post- menopause.	Curettagg.	Adeno- carcinom.	Metasta- sierendes Corpusca.	Betatron- bestrahlung.	+	

Tabelle III (Fortsetzung)

Fall Nr.	Datum der Diagnose	Alter des Patienten	Klinisch-kolposkop. Diagnose	Weitere diagnostische Maßnahme bzw. Ergebnis d. Cytologie	Histologie	Art und Stadium des Carcinoms	Therapeut. Maßnahmen	Weiterer Verlauf
47	16.12.72	32	Kolposkop. susp. Portio.	Pap III. Konisation.	Plattenepithelcarcinom.	Ca.colli I.	Vaginale Toalexstirpation d. Uterus.	+ verstorben
48	28.2.73	70	Fleischwasserfarbener Fluor.	Pap II. Abrasio.	Adenocarcinom.	Corpusca.	Abdominale Uterusexstirpation mit Adnexen.	+ verstorben
49	15.3.73	80	Klinisch u. kolposkop. susp. Portio.	PE.	Plattenepithelcarcinom.	Ca.colli III.	Bestrahlung.	+ verstorben
50	18.5.73	42	Metrorrhagien.	Pap III. Curettage.	Adenocarcinom.	Corpusca.	Abdominale Toalexstirpation d. Uterus m. Adnexen, Nachbestrahlung.	+ verstorben
51	2.8.73	46	Kolposkop. unverdächtige Ektopie.	Pap III.	Plattenepithelcarcinom.	Cervixca. I.	Op. nach WERTHEIM.	+ verstorben

Tabelle III (Fortsetzung)

Fall Nr.	Datum der Diagnose	Alter der Patientin	Klinisch-kolposkop. Diagnose	Weitere diagnostische Maßnahme bzw. Ergebnis d. Cytologie	Histologie	Art und Stadium des Carcinoms	Therapeut. Maßnahmen	Weiterer Verlauf
52	12. 9. 73	67	Schmierblutung in der Postmenopause.	Pap II. Curettage.	Adenocarcinom.	Corpuscar-Abdominale carcinom.	Uterusexstirpation m. Adnexen.	+
53	30.10.73	45	Kolposkop. unverdächtige Ektopie.	Konisation.	Ca. in situ.	Ca.colli in situ.	Op. nach WERTHEIM.	+
54	13.11.73	63	Blutung in der Postmenopause.	Curettage.	Adenocarcinom.	Corpuscarcinom.	Abdominale Uterusexstirpation m. Adnexen.	?
55	17. 1. 74	62	Blutung in der Postmenopause.	Curettage.	Papilläres Corpusca.	Corpusca.	Abdominale Uterusexstirpation mit Adnexen.	+
56	16. 5. 74	22	Kolposkop. unverdächtige Ektopie.	Konisation.	Oberflächencarcinom.	Ca.colli in situ.	Konisation	+

Tabelle III (Fortsetzung)

Fall	Datum der Diagnose	Alter der Patientin	Klinisch- kolposkop. Diagnose	Weitere dia- gnostische Maßnahme bzw. Ergeb- nis d.Cytol.	Histologie	Art und Stadium des Car- cinoms	Therapeut. Maßnahmen	Weiterer Verlauf
57	18. 6. 74	45	Kolposkop. suspecte Portio.	PE Portio.	Oberflächen-Ca.colli carcinom.	in situ.	Konisation.	+ ver- stor- ben
58	10. 6. 74	33	Kolposkop. unverdäch- tige Portio.	Pap III. Konisation.	Oberflächen-Ca.colli carcinom.	in situ.	Konisation.	+ ver- stor- ben
59	16. 7. 74	54	Blutung in der Post- menopause.	Curettag.	Adeno- carcinom.	Corpuscar-Op. cinom.	nach WERTHEIM, Betatron- bestrahlung.	+ ver- stor- ben

Besprechung und Auswertung der Tabelle III

Aus der vorliegenden Tabelle III ergibt sich, daß sich die Carcinomdiagnostik, besonders in den Jahren 1968 bis 1971 der verschiedenen zur Verfügung stehenden Maßnahmen und Möglichkeiten bediente und nicht grundsätzlich die Cyto-diagnostik zur Anwendung kam.

Einzelne Fälle waren bereits makroskopisch so eindeutig, daß eine sofortige Einweisung in ein Krankenhaus erfolgte.

In anderen Fällen war der kolposkopische Verdacht so stark, daß unter Umgehung der cytologischen Suchmethode eine histologische Abklärung durch Probeentnahmen unter kolposkopischer Sicht, Konisationen oder Abrasionen vorgezogen wurden.

In einem großen Teil der Fälle jedoch gab die cytologische Untersuchung den ersten Hinweis auf die Notwendigkeit weiterer Abklärung.

Jeder Fall wurde selbstverständlich der histologischen Sicherung zugeführt.

In der Mehrzahl wurden mehrere Suchmethoden und diagnostische Maßnahmen angewendet.

Unter den 59 in der Praxis diagnostizierten oder aus der Praxisarbeit heraus der Diagnose zugeführten Uteruscarcinomen fanden sich 14 Corpuscarcinome.

In allen diesen Fällen führte die Symptomatik, die die Patientin beschrieb, meist Metrorrhagien, Blutungen in der

Postmenopause, fleischwasserfarbener Ausfluß u. ä. zur diagnostischen Maßnahme.

In 9 Fällen erfolgte unter Verzicht auf eine vorstationäre Curettage z. B. wegen schlechten Allgemeinzustandes der Patientin die sofortige Einweisung in ein Krankenhaus.

In weiteren 5 Fällen wurde vor der Einweisung eine Curettage durchgeführt, die die Diagnose ermöglichte.

Nur in 3 Fällen wurde ein cytologischer Abstrich durchgeführt, von denen einer als verdächtig beurteilt wurde, einer als Pap II - unverdächtig -, jedoch mit dem Hinweis auf die Notwendigkeit weiterer Kontrollen, der andere Abstrich war unverdächtig (Pap II).

Zwar ist die Fallzahl gering, scheint aber doch die allgemeine Auffassung zu unterstützen, daß die Cytodiagnostik bei Corpuscarcinomen eine untergeordnete Rolle spielt.

Es bleibt die Beobachtung des Symptoms, das die Patientin zum Arzt führt, also z. B. die Blutung und die darauf folgende histologische Abklärung nach Abrasio noch immer von entscheidender Bedeutung für die Erkennung der Erkrankung.

Interessanter und differenzierter stellt sich die Diagnose des Collumcarcinoms dar.

Nach Abzug der 14 Fälle eines vorliegenden Corpuscarcinoms von der Gesamtzahl der diagnostizierten 59 Gebärmutterkrebse entfallen auf das Neoplasma des Collum uteri 45.

In 15 Fällen war der klinisch-kolposkopische Befund so

eindeutig, daß unter Umgehung der Cytologie gleich histologisch-diagnostische Maßnahmen eingesetzt wurden.

In weiteren 5 Fällen war der kolposkopische Befund zwar unverdächtig, jedoch das Symptom, z. B. der Fluor, große Portioerosionen, sanguinolentes "Schmierer" aus dem Cervikalkanal o. ä. ließen die Durchführung von Konisationen oder Abrasionen angeraten erscheinen, die dann mit der primären histologischen Diagnostik kombiniert wurden.

Es bleiben somit 25 Fälle, in denen kolposkopische, cytologische und schließlich histologisch-diagnostische Verfahren kombiniert angewendet wurden.

Bei einer Gegenüberstellung der kolposkopischen und cytologischen Befunde ergaben sich hier:

Falsch unverdächtig kolposkopische Beurteilungen in 15 Fällen.

Falsch unverdächtig cytologische Beurteilungen in 4 Fällen.

Kolposkopisch und cytologische Übereinstimmungen bezüglich des Verdachtes auf ein Portiocarcinom, das sich später histologisch verifizieren ließ, ergaben sich in 5 Fällen.

In einem Fall war der klinisch-kolposkopische Befund unverdächtig, cytologisch fanden sich nur Atypien im Sinne einer Dysplasie. Bei der Kontrolle nach einem Jahr hatte sich ein bereits klinisch-kolposkopisch sicher zu diagnostizierendes Portiocarcinom entwickelt, das sich ebenfalls unter Auslassung weiterer cytologischer Maßnahmen histologisch an einer Probeentnahme sichern ließ.

Bei der geringen Anzahl von Übereinstimmungen in der Beurteilung später gesicherter Carcinome durch kolposkopische und cytologische Verfahren zuungunsten der Kolposkopie muß natürlich berücksichtigt werden, daß in 15 Fällen dem kolposkopischen Verdacht unmittelbar die histologische Sicherung folgte, unter Fortfall der cytologischen Suchmethode.

Es darf sicher unterstellt werden, daß in diesen 15 sehr eindeutigen Fällen auch der Portioabstrich verdächtig gewesen wäre und damit die Zahl der Übereinstimmungen zwischen Kolposkopie und Cytologie größer sein müßte - in dem vorliegenden Material etwa 20 Fälle -.

Dennoch ergibt sich, auch unter Berücksichtigung dieses Tatbestandes, in dem uns zur Verfügung stehenden Material eine deutliche Überlegenheit der cytologischen gegenüber der kolposkopischen Suchmethode, die sich aus den falsch unverdächtigen Befunden:

Kolposkopisch 15 Fälle, cytologisch 4 Fälle, entnehmen läßt.

Ohne den Einsatz der Cytologie wären in unserer Praxis somit 15 Collumcarcinome nicht oder erst in späteren Stadien diagnostiziert worden.

Die falsch verdächtigen Befunde spielen demgegenüber wegen ihrer geringeren Bedeutung für die Patientin nur eine untergeordnete Rolle, da ja jedem ausgesprochenen Verdacht klärende Maßnahmen folgen und somit der irrtümlich ver-

dächtige Befund im allgemeinen ohne Schaden für Leben und Gesundheit der betroffenen Patientin korrigiert werden kann.

Deshalb sollen diese Fälle nur kurz erwähnt werden.

Sofern man als Symptom Metrorrhagien, Hypermenorrhoeen, klimakterische Blutungsanomalien neben den Blutungen in der Postmenopause bereits als verdächtig auf ein Corpuscarcinom ansehen will und die in diesen Fällen durchaus sinnvolle diagnostische Abrasio durchführt, so ist die Zahl der histologischen Klärungen als unverdächtig glücklicherweise sehr hoch.

Wir haben in den Jahren 1968 bis 1974 insgesamt 232 diagnostische Curettagen durchgeführt, nur in 14 Fällen fand sich histologisch ein Corpuscarcinom.

In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um glanduläre Hyperplasien, hormonelle Dysregulationen, Endometritiden, Corpuspolypen o. ä.

Von den 3324 cytologischen Abstrichen konnten 32 ursprünglich als Pap III befundene Fälle nach hormoneller Aufhellung, Behandlung von Kolpitiden, Trichomonadenbehandlungen usw. mit folgendem Kontrollabstrich schließlich als unverdächtig beurteilt werden.

In dem gesamten Material haben wir nur einen als Pap V bewerteten Fall, der histologisch keinen Verdacht auf ein Carcinom ergab und seit 1968 bis zum 20.1.1975 (Datum des letzten Abstriches) unter ständiger Kontrolle steht, ohne daß sich seither wieder ein verdächtiger Befund ergab.

III. FALLBESCHREIBUNGEN

=====

Es folgen nun einige Beobachtungen an Hand derer die in der Besprechung der Tabellen aufgeführten Übereinstimmungen oder Differenzen der verwendeten Such- und Diagnosemethoden in Zusammenhang mit dem gesamten Krankheitsgeschehen eingehender dargestellt werden sollen. Alle Fälle finden sich auch in der Tabelle III.

Die dort angegebene "Fall-Nr." ist jeweils in Klammern mit angegeben.

1. Übereinstimmung von kolposkopischer und cytologischer Suchmethode bei histologisch gesichertem Carcinom (Fall-Nr. 34).
2. Kolposkopisch falsch unverdächtiger Befund bei cytologisch richtigem Verdacht und histologisch gesichertem Carcinom (Fall-Nr. 44).
3. Kolposkopisch positiver Befund bei cytologisch falsch negativer Beurteilung (Fall-Nr. 7).
4. Kolposkopisch unverdächtig, cytologisch falsch positiv, histologisch kein Carcinom. (Dieser Fall ist in den Tabellen nicht aufgeführt, da es sich um kein Carcinom handelte.)
5. Kolposkopisch unverdächtiger Befund, cytologisch Dysplasien ohne Verdacht auf Carcinom. Spätere Entwicklung eines sehr schnell wachsenden Carcinoms (Fall-Nr. 8).
6. Kolposkopisch verdächtig, cytologisch positiver Befund, histologisch: Ca. in situ (Fall-Nr. 24).

1. Fall

Übereinstimmung von kolposkopischem und cytologischem Verdacht bei später histologisch gesichertem und behandeltem Carcinom der Portio.

Gerda L., geb. 10.8.1927, zum Zeitpunkt der Diagnose 43 Jahre alt.

Anamnese: Normaler Partus, Abort verneint, desgleichen venerische Infektionen.

Menstruation regelmäßig, von etwa normaler Dauer und Stärke. Keine gynäkologischen Erkrankungen. Regelmäßige gynäkologische Untersuchungen nicht erfolgt, letzte Konsultation eines Frauenarztes etwa 3 Jahre zurückliegend.

Am 1.2.71 kam die Patientin in unsere ambulante Behandlung, weil sie "einen Druck im Unterleib" verspürte.

Gynäkologischer Befund:

Äußeres Genitale und Vagina o.B. In der Scheide etwas vermehrt dünnflüssiges Sekret, Trichomonaden sowie Candida albicans lassen sich nicht nachweisen.

Der Muttermund klafft, die Portio weist eine ca. pfenniggroße cirkuläre Erythroplakie auf.

Bei der kolposkopischen Untersuchung findet sich eine gefäßreiche Umwandlungszone, durch leichtes Anheben der vorderen Muttermundslippe sind atypische Kapillarschlingen auf papillären Erhebungen bei etwa 1.00 Uhr erkennbar.

Aufgrund dieses Befundes wird ein cytologischer Abstrich aus der Cervix und von der Portio entnommen.

Die manuelle Untersuchung ergibt keine Besonderheiten, es stellt sich ein gut beweglicher, etwas vergrößerter, ante-flektiert liegender Uterus dar. Über dem Bereich beider Ad-nexe und den Parametrien sind keine auffälligen Befunde zu erheben.

Cytologischer Befund (v. 4.2.1971 Nr. A 673/71):

"Mäßig zahlreiche Superficialzellen, auch Intermediär- und Parabasalzellen, massenhafte Leukocyten und Bakterien. Starke bakterielle Cytolyse. Deutliche Kernatypien im Sinne der Anisonukleose, Hyperchromatose und Dyscariose. Abstrich ist positiv. Dringend Abra-dat bzw. PE empfohlen.

Papanicolaou IV!"

(Abbildungen 1 und 2)

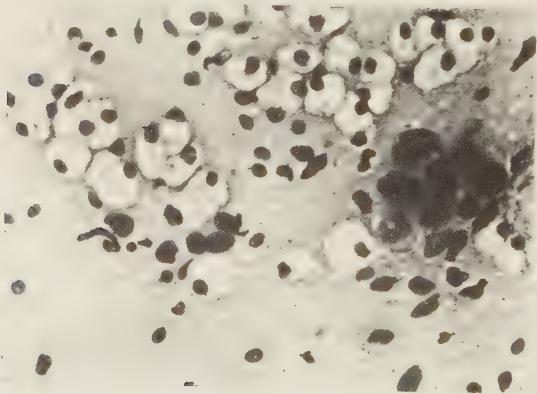


Abb. 1: A 673/71, 43jährige Frau
Portioabstrich: Pap IV

Gruppen unregelmäßig gestalteter Zellen mit großen plumpen hyperchromatischen Kernen.

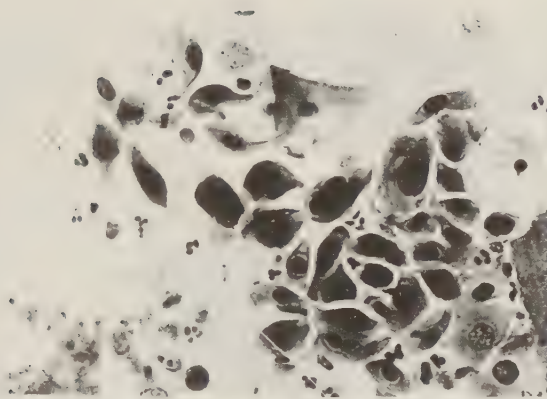


Abb. 2: A 673/71, 43jährige Frau
Gleicher Abstrich wie Abb. 1

Am 11.2.71 wurde eine fraktionierte Abrasio durchgeführt.
Zuvor waren unter kolposkopischer Sicht aus dem verdächtigen Bereich einige Probeexzisionen entnommen worden.

Histologische Diagnose (A 904/71 v. 13.2.71):

Makroskopisch:

Sehr geweksreiches Abradat mit drei knapp pfefferkorngroßen derberen Gewebsstückchen.

Mikroskopisch:

Infiltrierend wachsendes, zur Verhornung neigendes Plattenepithelcarcinom, das offenbar im Cervixbereich sitzt.

Corpusendometrium unauffällig.

(Abb. 3)

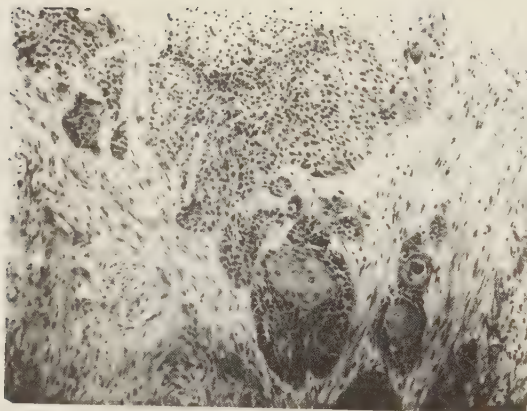


Abb. 3: A 904/71, 43jährige Frau

Gleiche Pat. wie Abb. 1 und 2.

Histologisches Präparat der Portio:
Infiltrierend wachsendes, zur Verhornung
neigendes Plattenepithelcarcinom.

(Paraffin, H. E., 1 : 50)

Aufgrund dieses Befundes wurde Frau L. zur stationären Behandlung eingewiesen.

Nach zwei Radiumeinlagen wurde eine Operation nach WERTHEIM durchgeführt. Arztbericht vom 29.4.71 (Auszug):

Betr.: Pat. Gerda L., geb. 10.8.27

Stat. Aufenthalt v. 19.2.71 - 2.4.71

Diagnose: Carcinoma colli uteri I.

Therapie: Zwei Radiumeinlagen (insges. 4000 mgch).
Radikaloperation nach WERTHEIM.

Postoperative Untersuchungsbefunde:

Isotopennephrogramm v. 31.3.71:

Bei nahezu seitengleicher Durchblutung zeigen beide Nieren eine geringfügige Einschränkung der tubulosekretorischen Funktion. Verlängerte intrarenale Verweildauer.

Verspätet einsetzende, dann aber gut in Gang kommende Entleerung.

Für eine Stauung links bei Zustand nach WERTHEIM'scher Operation findet sich kein Hinweis.

Entlassungsuntersuchung:

Querschnitt pp. geheilt. Am Scheidenstumpf noch grünlicher Schorf. Rechtes Parametrium glatt, linkes Parametrium substanzreich, derb, aber ohne Anhalt für tumoröse Infiltrationen. Im kl. Becken weiter keine pathologischen Resistenzen palpabel.

Empfehlung:

I.v. Pyelogramm in ca. 5-6 Wochen zur Kontrolle der Abflußverhältnisse.

Am 17.5.71 ließen wir ein Urogramm ambulant durchführen.

Beurteilung:

Hydronephrose und Ektasie des Ureters infolge Narbenstriktur nach WERTHEIM-Operation (Rezidiv?). Deutlicher Parenchymschwund li. Unauffällige ableitende Harnwege re. mit zeitgerechter Ausscheidung und unbehindertem Abfluß.

Da nach diesem Röntgenergebnis der Verdacht auf eine Urinabflußbehinderung im Bereich des linken Ureters als Folge der Operation oder im Zusammenhang mit der Krebserkrankung ausgesprochen worden war, führten wir eine Chromocystoskopie durch, die normale Schleimhautverhältnisse ergab, sowie Farbstoffaustritt aus dem linken Orificium nach 6 Min., rechts nach 8 Min.

Am 27.7.71 Kontrolle des Urogramms.

Beurteilung:

Die Veränderungen am Hohlraumssystem beider Nieren spre-

chen für eine chronische Pyelonephritis, sonst heute normales Urogramm, keine hydronephrotische Erweiterung des Hohlraumsystems links, keine Abflußbehinderung links.

Wegen des Nierenbeckenbefundes wurde die Patientin zum Urologen überwiesen, die gynäkologischen Untersuchungen wurden bei uns bis auf den heutigen Tag fortgesetzt. Eine am 20.9.71 durchgeführte Darstellung von Rektum und Colon ergab folgenden Befund:

Regelrechte Colondarstellung ohne Anhalt für entzündliche oder tumoröse Wandveränderungen. Kein Anhalt für Divertikel. Insbesondere auch kein Hinweis auf tumoröse infiltrierende, bzw. adhäsiv-stenosierende Veränderungen am Sigmoid und in der Kreuzbeinhöhle am rectosigmoidalen Übergang.

In den Jahren 1971 und 1972 untersuchten wir die Patientin in 4wöchigen Abständen, vaginal und rectal, ohne daß sich ein Anhalt für Metastasen fand.

1973 vergrößerten wir die Intervalle auf 2monatige und 1974 auf 3monatige Kontrolluntersuchungen. Die letzte Kontrolluntersuchung erfolgte am 27. Jan. 1975.

Letzter Befund:

Äußeres Genital o. B., guter Scheidenschluß. Scheidenschlußnarbe unauffällig, mäßiger Transudationsfluor. Bei der palpatorischen Untersuchung Bauchdecken weich, im kleinen Becken keine pathologischen Resistenzen, kein Anhalt für ein Rezidiv. Auch bei der rektalen Austastung des kleinen Beckens finden sich keine pathologischen

Resistenzen. Der urologische Befund hat nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt keine Verschlechterung erfahren, eine urologische Behandlung ist nicht erforderlich.

Die Patientin ist somit 4 Jahre nach der Diagnose des Carcinoms, soweit beurteilbar, rezidivfrei.

2. Fall

Kolposkopisch falsch unverdächtiger Befund, cytologisch Verdacht auf Carcinom, das später histologisch gesichert werden konnte.

Ursula L., geb. 17.7.36, zum Zeitpunkt der Diagnose 35 Jahre.

Die Patientin kam am 20.11.72 zur ambulanten Behandlung in die Praxis. Sie klagte über seit längerer Zeit bestehenden Ausfluß, sonst keine Beschwerden. Anamnestisch zwei normale Partus, ein spontaner Abort. Venerische Infektionen verneint, keine Operationen, keine ernsten gynäkologischen Erkrankungen. Menstruation regelmäßig, von normaler Dauer und Stärke.

Untersuchungsbefund:

Guter Scheidenschluß, Vaginalschleimhaut reizlos, Fluor albus, Trichomonaden und Candida nicht nachweisbar.

An der Portio eine circuläre fast markstückgroße Erythroplakie, die kolposkopisch unverdächtig ist. Aus Gründen der Vorsicht entnehmen wir einen cytologischen Bestrich aus der Cervix und von der Portio.

Bei der palpatorischen Untersuchung wurde ein normal großer, anteflektiert liegender Uterus getastet, Portio und Uterus waren gut beweglich. Die Adnexe zeigten keine Auffälligkeiten, auch im parametranen Bereich war palpatorisch kein pathologischer Befund zu erheben.

Cytologischer Untersuchungsbefund (K 2383/72 v. 27.11.72):

In dem nach Papanicolaou gefärbten Abstrichpräparat finden sich neben reichlichen Superficialzellen zahlreiche Parabasal- und Basalzellen mit Hyperchromatose, Dyskariosen und Anisonukleosen. Diese Zellen müssen als Tumorzellen gewertet werden.

Papanicolaou V!

(Abb. 4 und 5)

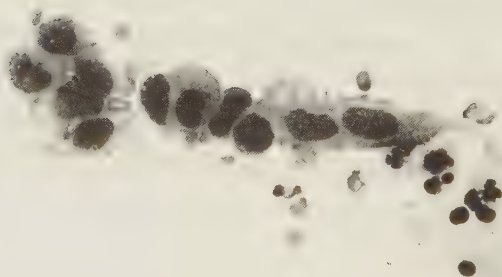


Abb. 4: K 2383/72, 35jährige Frau
Portioabstrich: Pap V

Zahlreiche Gruppen von Tumorzellen.
Unregelmäßige große hyperchromatische
Kerne. Polymorphie der Zellen.

Aufgrund dieses Befundes verzichteten wir auf eine Probenentnahme und Abrasio in der Praxis und wiesen die Patientin zur stationären Behandlung ein.



Abb. 5: K 2383/72, 35jährige Frau.
Gleicher Abstrich wie Abb. 4.

Es wurde eine vaginale Uterusexstirpation unter Belassung der Adnexe durchgeführt. Der Heilverlauf war komplikationslos, so daß Frau L. am 28.1.73 in unsere weitere ambulante Behandlung entlassen werden konnte.

Entlassungsbericht (Auszug):

Betr.: Frau Ursula L., geb. am 17.7.36, stat.
Behandlung vom 5.1. bis 28.1.73.

Wir berichten Ihnen über obige Pat.:

Diagnose: Oberflächencarcinom der Portio.

Therapie: Vaginale Uterusexstirpation ohne Adnexe.

Besonderheiten: Komplikationsloser, postoperativer Verlauf.

Befund nach der Krankenhausentlassung:

Äußeres Genital o. B. Vaginalschleimhaut reizlos. Scheidenschlußnarbe noch von Schorf und Nekrosen besetzt.

Palp. Untersuchung:

Oberhalb der Symphyse hühnereigroßes, druckempfindliches postoperatives Infiltrat, sonst o. B.

Etwa 3 - 4 Wochen stießen sich noch nekrotische Schleimhautreste und Schorfe von der Scheidenschlußnarbe ab, in derselben Zeit bildete sich das postoperative Infiltrat zurück, die Patientin erholte sich schnell von der Operation.

Die bis 1974 durchgeführten Kontrollen gaben keinen Hinweis auf Rezidive.

Die letzte Untersuchung fand am 22.11.74 statt.

Befund:

"Äußeres Genital o. B., guter Scheidenschluß, reizlose Vaginalschleimhaut, sehr geringer weißlicher, unverdächtiger Ausfluß. Reizlose Scheidenschlußnarbe.

Bei der Palpation sind im kleinen Becken keine pathologischen Resistenzen tastbar, auch die Untersuchung durch das Rektum ergibt keinen Hinweis auf ein Rezidiv.

Frau L. ist somit, soweit beurteilbar, 2 Jahre nach der Erkennung der Erkrankung rezidivfrei."

3. Fall

Kolposkopisch verdächtiger Befund, der cytologisch nicht bestätigt, aber histologisch und am OP-Präparat verifiziert wurde.

Irmgard B., geb. am 11.9.26, zum Zeitpunkt der Diagnose 42 Jahre.

Frau B. kam am 17.10.68 erstmalig in die Sprechstunde.

Anamnese: Zwei normale Partus, eine Totgeburt, keine Aborte und keine venerischen Infektionen.

1963 Appendektomie, abgesehen von Kinderkrankheiten niemals ernsthaft krank.

Sie klagt zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung über gelegentlich aufgetretene leichte Schmierblutungen, sowie über bräunlichen Ausfluß.

Befund:

Äußeres Genitale o. B., in der Vagina etwas sanguinolenter Fluor, auf der Portio eine große, bei Berührung leicht blutende Erythroplakie.

Kolposkopisch:

An der hinteren Muttermundslippe sichelförmiger, ca. 1 cm langer gefäßreicher, papillär erhobener Bezirk innerhalb einer Umwandlungszone, zur Peripherie hin scharf abgegrenzt. Auf der vorderen Muttermundslippe mehrere Ovula Nabothi.

Cytologischer Befund (A 4858/68 v. 21.10.1968):

In den nach Papanicolaou gefärbten Abstrichpräparaten finden sich leider nur sehr wenige Epithelzellen, in der Hauptsache Superficialzellen, daneben aber auch einige Intermediär-, Parabasal-Basalzellen, sowie ebenfalls einzelne Zylinderepithelien.

Zahlreiche Leukozyten. Die Epithelzellen sind voll ausgereift, ich finde keine erwähnenswerten Atypien, betone aber noch einmal, daß im Ganzen nur wenige

Zellen vorliegen, so daß man mit der Bewertung zurückhaltend sein muß. Da kolposkopisch der Verdacht auf Malignität besteht, wäre eine PE aus dem verdächtigen Bezirk zu empfehlen.

Papanicolaou I.

(Abb. 6)

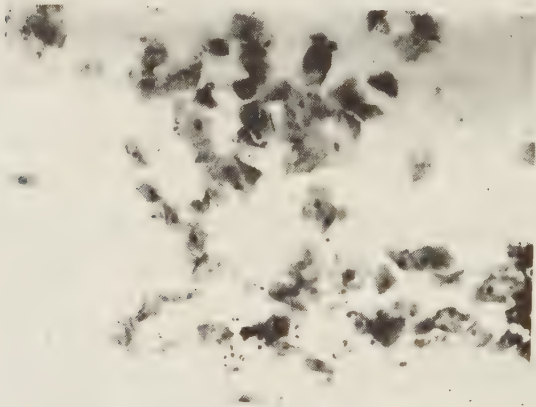


Abb. 6: A 4858/68, 42jährige Frau
Portioabstrich: Pap I (unverdächtig)
Gleichmäßiges Zellbild, Superficial- und
Intermediärzellen. Keine auf das Vorliegen
eines Tumors verdächtigen Zellen.

Zwecks histologischer Klärung wurde eine fraktionierte
Curettage und Probeentnahme unter kolp. Sicht durchgeführt.

Histologischer Befund (A 5432/68 vom 21.11.68):

Makroskopisch:

- 1) Sehr geweksreiches Abradat.
- 2) 3 bis gewürzkorngroße bräunliche Gewebspräparate
aus der Portio.

Mikroskopisch:

Zu 1) Das Endometrium zeigt eine Schleimhaut in der
Sekretionsphase. Daneben zeigen sich Anteile eines

infiltrierend wachsenden Plattenepithelcarcinoms.

Zu 2) Infiltrierend wachsendes Plattenepithelcarcinom.

(Abb. 7)

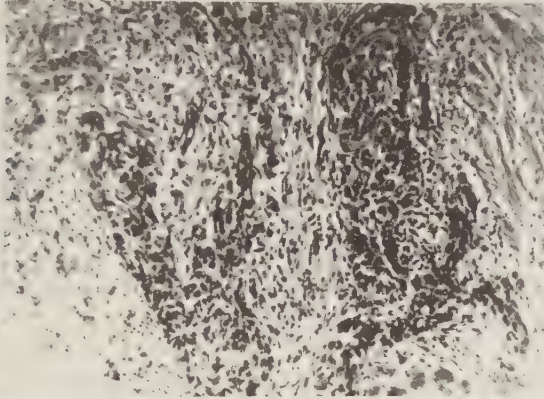


Abb. 7: A 5432/68, 42jährige Frau

Gleiche Patientin wie Abb. 6.

Histologisches Präparat eines Portiogewebs-
stückchens. Infiltrierend wachsendes nicht
verhornendes Plattenepithelcarcinom
(Paraffin, H.E., 1 : 65)

Auf Grund dieses Befundes wiesen wir Frau B. zur Operation ein. Es wurden praeoperativ zwei Radiumeinlagen durchgeführt und anschließend eine Radikaloperation nach WERTHEIM.

Bis zum 21.1.69 wurde Frau B. stationär behandelt und dann in unsere ambulante Weiterversorgung entlassen.

Befundbericht aus dem Krankenhaus (Auszug):

2.12.68 bis zum 21.1.69 stat. Behandlung.

Es handelte sich um ein histologisch gesichertes Ca. colli I.

Wir führten zunächst eine zweimalige Radiumeinlage

von 4000 mgeh und am 30.12.68 die Radikaloperation nach WERTHEIM durch. Die Histologie ergab ein nicht verhornendes Plattenepithelcarcinom des Collum uteri ohne Metastasen. Eine Nachbestrahlung erwies sich nicht als notwendig.

Der postoperative Verlauf war komplikationslos, der Pfannenstielquerschnitt war pp. verheilt.

Unsere Laborwerte sowie das EKG, RÖ.-Thorax, i.v. Pyelogramm, Zystoskopie lagen alle im Normbereich.

Bei der Entlassung war der Scheidenstumpf z. T. mit Schorf bedeckt, der parametrane Narbenbogen war glatt und relativ derb. Im kleinen Becken fanden sich keine pathologischen Resistenzen.

Wir entließen die Pat. in beschwerdefreiem Zustand in Ihre weitere ambulante Betreuung.

Der postoperative Verlauf war komplikationslos.

Frau B. kam in kurzen regelmäßigen Abständen zur Nachuntersuchung.

Im Juli des Jahres 1969 unternahm die inzwischen sehr gut erholte Patientin mit ihrer Familie eine Urlaubsreise mit außerordentlich tragischem Ausgang. Durch einen Autounfall wurde ihr Mann auf der Stelle getötet, sie selbst erlitt so schwere Verletzungen, daß sie längere Zeit in Westdeutschland im Krankenhaus behandelt werden mußte. Nach der Überführung nach Berlin wurde die weitere Behandlung chirurgisch durchgeführt.

Außer einem Schädeltrauma bestanden mehrere komplizierte Knochenbrüche, besonders im Bereich des linken Armes, die sehr verzögert und schlecht heilten.

Frau B. konnte deshalb erst am 16.6.1970 zur gynäkologi-

schen Nachuntersuchung kommen.

Es fand sich eine Metastasierung im Bereich der vorderen Vaginalwand. Der Befund war bereits makroskopisch und kolposkopisch so eindeutig, daß auf eine histologische Sicherung ambulant verzichtet wurde, zumal die palp. Untersuchung auch eine Infiltration des kleinen Beckens besonders rechts ergab. So erfolgte eine abermalige Einweisung zur Strahlenbehandlung.

Vom 25.6. - 24.7.1970 wurde Frau B. stationär behandelt, über die durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ging folgender Bericht ein (Auszug):

Diagnose:

Zustand nach WERTHEIM'scher Radikaloperation (1968)
Scheidenrezidiv eines Collum-Ca.

Die histologischen Untersuchungen von mehreren Probeexcisionen aus verschiedenen Stellen der Scheide ergaben eindeutig ein Plattenepithelcarcinom.

Wir führten die Pat. daher einer Bestrahlung mit den schnellen Elektronen des Betatrons zu. Die ersten Bestrahlungen wurden von der Pat. gut vertragen. Am 24.7.70 entließen wir die Pat. in die weitere ambulante Strahlenbehandlung.

Gynäkologischer Abschlußbefund:

Zustand nach Probeexcision aus dem Scheidenstumpf und der vorderen Vaginalwand. Das re. Parametrium ist knotig und bis zur Beckenwand hin infiltriert, das linke Parametrium ist straff.

Weitere Befunde:

Die Röntgenaufnahme des Thorax ergab keinen Anhalt für metastasische Lungenveränderungen.

Das Infusionsurogramm war ebenfalls ohne Anhalt für pathologische Veränderungen, insbesondere bestanden keinerlei Abflußverzögerungen.

Wir bitten um Wiedervorstellung der Pat. nach Abschluß der Strahlenbehandlung.

Vom 31.7. - 3.11.70 wurde die Strahlentherapie mit energiereichen Elektronen des 35 me V Betatron ambulant weiter durchgeführt. Der Zustand von Frau B. verschlechterte sich sehr schnell. Im September kam es zu einer Harnverhaltung, die Blasenscheidenwand war stark von Carcinomgewebe infiltriert, die Urethra sehr eingengt, das Orificium von Carcinomgewebe fast verschlossen. Die Patientin lehnte eine abermalige Krankenhaus-Einweisung ab, der Versuch die Blase vermittels katheterisierens zu entleeren, bereitete außerordentliche Schmerzen, so daß wir einen Dauerkatheter einlegten.

Im November wurden die Strahlenbehandlungen eingestellt, die Patientin befand sich jetzt in einem so schlechten Allgemeinzustand, daß man sie auch mit dem Krankenwagen nicht mehr zur ambulanten Behandlung ins Krankenhaus fahren konnte.

Bald bildete sich eine Blasenscheidenfistel und im Dezember 1970 auch eine Rektumscheidenfistel. Das kleine Becken war weitgehend von Carcinom ausgemauert.

Frau B. mußte unter immer höhere Dosen von Opiaten gesetzt werden.

Ende Dezember war der Harnstoff im Serum auf Werte von

Über 200 mg% angestiegen, in den folgenden Wochen kam Frau B. in einen zunehmend somnulenten Zustand.

Am 8.2.71, knapp 2 Jahre und 4 Monate nach der Diagnose der Erkrankung, kam es zum Exitus letalis.

4. Fall

Kolposkopisch unverdächtiger Befund bei cytologisch positivem Abstrichergebnis. Histologisch Dysplasie.

Irmgard H., geb. 3.10.25, zum Zeitpunkt der Diagnose 44 Jahre alt.

Frau H. kam am 10.2.70 wegen klimakterischer Ausfallerscheinung in unsere ambulante Behandlung.

Anamnese: Eine Zangenentbindung, keine Aborte, 1955 operative Entfernung einer Cyste am rechten Eierstock und Antefixation der Gebärmutter.

Mensis bis vor etwa einem halben Jahr regelmäßig, 3 - 4 Tage, Cyklus 28tägig. Stärke der Blutung bis dahin normal. Seit einem halben Jahr Blutungsabstände größer und Blutung geringer. Untersuchung durch einen Gynäkologen etwa 1 1/2 Jahre her.

Außer Kinderkrankheiten und den Operationen niemals ernsthaft krank gewesen.

Befund:

"Äußeres Genital o. B., etwas klaffende Vulva, die Vaginalschleimhaut gerötet, fleckige Kolpitis. Mäßiger, etwas zähflüssig schleimiger Fluor.

Trichomonaden oder Candida lassen sich im Nativpräparat nicht nachweisen. Portio zeigt einen unbehandelten rechtsseitigen Emmetriß, sowie eine etwa markstückgroße Erythroplakie.

Kolposkopisch gefäßreiche aber unverdächtige Umwandlungszone.

Bei der palpatorischen Untersuchung schlecht beweglicher, etwas größer, anteflektierter Uterus. Rechts an den Uterus herangezogen gut kastaniengroßer Konglomerattumor, offenbar eine Folgeerscheinung der 1955 durchgeführten Operation. Im Bereich der linken Adnexe Tastbefund unauffällig, die Parametrien beiderseits frei."

Ogleich kolposkopisch kein Verdacht bestand, entnehmen wir wegen der Erythroplakie einen cytologischen Abstrich aus der Cervix und von der Portio.

Befund (A 808/70 v. 17.2.70):

"Es finden sich zahlreiche Überwiegend basophile Superficialzellen, wenige Intermediär- und Parabasalzellen, vereinzelte Zylinderepithelien, reichliche Leukozyten und auch Bakterien.

Bakterielle Cytolyse.

In einem umschriebenen Bezirk finden sich gehäuft atypische Parabasalzellen mit Anisonucleose und Hyperchromatose. Wenngleich die Zellen auch nicht echten Tumorzellen entsprechen, so empfehle ich doch sicherheitshalber zur Abklärung der Atypien die Anfertigung eines Abradates oder bei verdächtigem Portiobefund einer PE.

Papanicolaou III."

(Abb. 8)

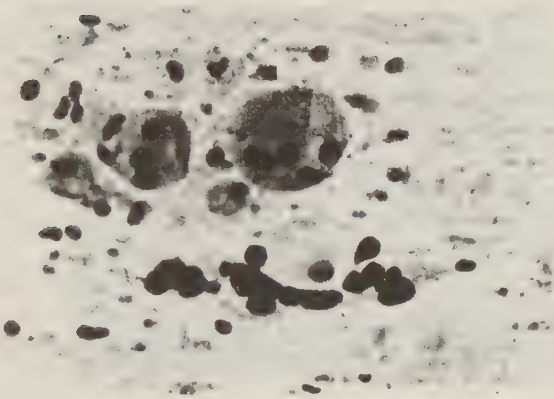


Abb. 8: A 808/70, 44jährige Frau.
Portioabstrich: Pap III.

Kleine Gruppe leicht unregelmäßig gestalter Zellen mit hyperchromatischen Kernen.
Daneben 2 Riesenzellen.

Da der kolposkopische Befund unverdächtig erschien, wurde ein Kontrollabstrich durchgeführt.

Cytologischer Befund (A 1176/70 v. 7.3.1970):

Es finden sich mäßig zahlreiche Superficialzellen, Intermediär- und Parabasalzellen, auch Häufchen von Basalzellen, die deutliche Kernatypien zeigen.
Massenhafte Leukozyten, mäßig zahlreiche Bakterien.
Die Leukozyten überlagern die Epithelzellen stark, doch ist der Abstrich verdächtig, so daß ich um Anfertigung einer Abrasio oder einer PE bitte.
Papanicolaou III.

(Abb. 9)

Auf Grund dieses zweiten verdächtigen Abstrichergebnisses führten wir am 24.3.70 eine Abrasio mit mehreren PE's durch.

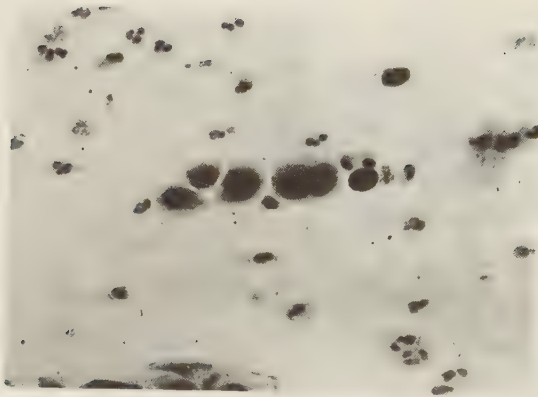


Abb. 9: A 1176/70,
gleiche Pat. wie Abb. 8
Portioabstrich: Pap III.

Auch in diesem Abstrich finden sich kleine
Gruppen unregelmäßig gestalteter Zellen mit
dunklen hyperchromatischen Kernen.

Histologischer Befund (A 1492/70 vom 26.3.70):

Makroskopisch:

Mäßig gewebereiches, von Blutkoagula durchsetztes
Abradat.

Mikroskopisch:

Hormonell bedingte unregelmäßige Drüsengestaltung mit
vorwiegend hypoplastischen bzw. atrophischen Drüsen,
Schleimhaut in Ruhe, mäßige chronische Endometritis.

Im Material finden sich kleine Stückchen des Portio-
epithels, das in diesem Bereich papillomatös verdickt
ist und leichte Zellatypien im Sinne einer Dysplasie
mittleren Grades erkennen läßt, jedoch ohne sicheren
Anhalt für ein Carcinom.

Im Zusammenhang mit dem Befund der Ausstrichpräparate
und diesem hier am Portioepithel erhobenen Befund
empfehle ich weitere Beobachtung.

(Abb. 10 und 11)



Abb. 10: A 1492/70, 44jährige Frau.
Gleiche Pat. wie Abb. 8 und 9.

Histologisches Präparat von der Portio:
Atypisches Plattenepithel, das jedoch nach
oben noch ausreift. Dysplasie mittleren Gra-
des. Erhebliche chronisch entzündliche
Infiltrate.
(Paraffin, H.E., 1 : 250)

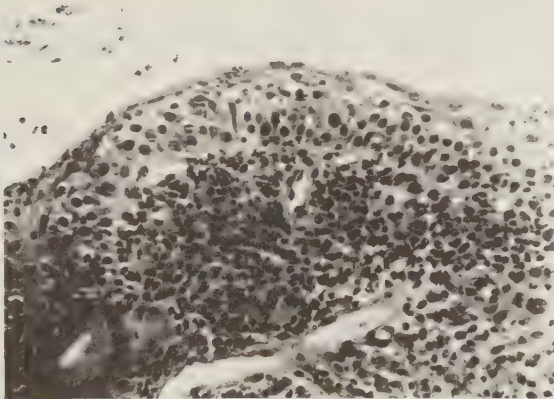


Abb. 11: A 1492/70, 44jährige Frau.
Gleiches Präparat wie Abb. 10.
(Paraffin, H. E., 1 : 310)

Nach hormoneller Aufhellung entnahmen wir 10 Wochen später einen weiteren Kontrollabstrich.

Cytologischer Befund (A 2848/70 v. 11.6.1970):

Es finden sich reichliche teils eosinophile, teils basophile Superficialzellen, wenige Intermediär- und vereinzelte Parabasalzellen. Massenhafte Leukozyten, ebenfalls zahlreiche Bakterien (Mischflora).

Keine höhergradigen Atypien sichtbar. Der Abstrich ist jetzt unverdächtig.

Papanicolaou I.

Zum Ende des Jahres 1970 verzog die Patientin nach Westdeutschland, durch die weiter bei mir in Behandlung stehende Tochter erfuhr ich, daß Frau H. in regelmäßiger gynäkologischer Kontrolle steht und die cytologischen Abstriche weiter unverdächtig waren.

Die letzte Untersuchung sei im Herbst oder Anfang des Winters im Jahre 1974 erfolgt, der Patientin gehe es gut.

5. Fall

Unverdächtige Dysplasien, später schnell entstehendes und wachsendes Carcinom der Portio.

Frau Anna H., geb. am 7.2.10, zum Zeitpunkt der Diagnose 58 Jahre alt.

Patientin kam am 6.11.1967 zwecks "Kontrolluntersuchung" in die Praxis. Beschwerden gab sie keine an.

Anamnese: Kein Partus, kein Abort, keine Unterleibsoperationen, 1962 Appendektomie, sonst niemals ernsthaft krank gewesen.

Mensis früher regelmäßig, von normaler Dauer und Stärke.
Menopause 1963, seither keine Blutungen, kein blutiger Ausfluß.

Befund:

Äußeres Genitale o. B., guter Scheidenschluß. Vaginalschleimhaut etwas gerötet, die Portio klobig, weist eine etwa markstückgroße Erythroplakie auf.

Kolposkopisch findet sich eine Ektopie mit zarter Umwandlungszone. Bei der späteren Behandlung mit Essigsäure sind deutliche Träubchen zu erkennen. Vorher jedoch wird ein cytologischer Abstrich entnommen.

Palpatorisch ist ein kleiner spitzwinklig anteflektierter fester Uterus zu tasten, wegen der ängstlichen Abwehrspannung der Patientin sind die Adnexe und Parametrien nicht ganz sicher zu beurteilen, größere Befunde jedoch können ausgeschlossen werden. Senil atrophisches Genitale.

Cytologischer Befund (7.11.67, A 4891/67):

In den nach Papanicolaou gefärbten Abstrichpräparaten finden sich sehr reichliche z. T. atrophische Superficialzellen, vereinzelte Intermediärzellen und auch wenige in kleine Gruppen gelagerte Parabasalzellen. Diese zeigen einfache Atypien, jedoch keine carcinomatösen Umwandlungen. Auch eine Gruppe von Basalzellen zeigt deutliche Atypien, die ich aber ebenfalls noch nicht als gesteigert ansehen möchte, insbesondere da die Entzündungszellen auf eine erhebliche entzündliche Veränderung hindeuten. Reichliche Bakterien.

Ich halte den Abstrich für unverdächtig, empfehle aber wegen der Atypien gelegentliche Kontrolluntersuchung.

Papanicolaou II.

Der Abstrich entspricht offenbar einer entzündlichen Erosion mit Atypien, im Sinne der mittleren Dysplasie."

Leider befolgte die Patientin die Empfehlung nicht, sich in kürzeren Abständen, zu Kontrolluntersuchungen vorzustellen.

Als wir am 19.11.68, 1 Jahr nach der ersten Untersuchung, eine Kontrolle durchführen konnten, war eine deutliche Veränderung an der Portio festzustellen. Es fanden sich sehr verdächtige papilläre Erhebungen nahezu im gesamten Bereich der Erythroplakie mit außerordentlich zahlreichen atypischen Gefäßen, die einen so starken Verdacht auf ein Carcinom ergaben, daß zugunsten einer fraktionierten Curettage und einer Probeentnahme auf einen cytologischen Abstrich verzichtet wurde.

Histologie 22.11.68 (Nr. A 5462/68):

Die Untersuchung des eingesandten Materials hat ergeben:

Makroskopisch:

2 pfefferkorngroße und 3 bis kirschgroße graubräunliche Gewebspräparate.

Mikroskopisch:

Stark infiltrierend wachsendes, von chronisch-entzündlichen Infiltraten durchsetztes, zur Verhornung neigendes Plattenepithelcarcinom.

Ich habe mir daraufhin noch einmal die Abstrichpräparate vom vorigen Jahr (A 4891/67) angesehen. Ich kann aber auch jetzt nur ein atrophisches Zellbild mit ganz geringen und unverdächtigen Atypien erkennen. Es ist tatsächlich noch nichts von einem Carcinom

sichtbar. Das Carcinom muß also mit großer Geschwindigkeit gewachsen sein, worauf auch die Polymorphie und die zahlreichen Mitosen hindeuten."

(Abb. 12)

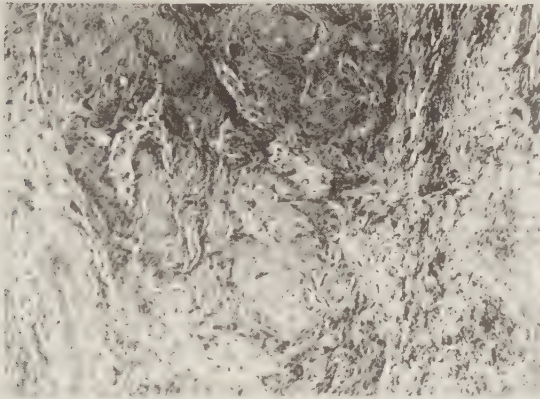


Abb. 12: A 5462/68, 58jährige Frau.

Histologisches Präparat von der Portio:
Invasives zur Verhornung neigendes
Plattenepithelcarcinom.
(Paraffin, H. E., 1 : 50)

Der Hinweis, daß das Carcinom mit großer Geschwindigkeit gewachsen sein müsse, deckte sich mit dem klinisch-kolposkopischen Befund.

Am 26.8.68 wurde die Patientin zur stationären Behandlung eingewiesen.

Am 4.12. und am 16.12.68 erfolgte je eine Radiumeinlage, am 19.12.68 wurde die Radikaloperation nach WERTHEIM durchgeführt.

Am 21.1.69 stellte sich die Patientin wieder bei uns vor.

Befund:

Äußeres Genitale o.B. Die Scheide endet blind. Die Scheidenschlußnarbe noch reichlich von grünlichem, übel riechendem Schorf bedeckt. Vereinzelt stößt sich nekrotisches Gewebe ab.

Bericht aus dem Krankenhaus (Auszug):

Wie Ihnen bekannt, handelte es sich um ein histologisch gesichertes Collumcarcinom der Gruppe I. Wir führten zunächst eine zweimalige Radiumeinlage von insgesamt 4000 mgeh und am 19.12.68 die Radikaloperation nach WERTHEIM durch.

Die Histologie ergab:

Vorbehandeltes und stark geschädigtes, noch relativ junges Collumcarcinom ohne metastasisches Tumorwachstum. Der postoperative Verlauf war komplikationslos.

Seitdem stellte sich die Patientin in regelmäßigen, kurzen Abständen jeweils im Krankenhaus und in unserer Praxis zur Nachuntersuchung vor.

Von besonderem Interesse war der histologische Befund aus dem Krankenhaus, durch den ebenfalls ein relativ junges Collumcarcinom diagnostiziert wurde.

Dies entsprach der histologischen Diagnose, in der der Verdacht auf ein schnelles Tumorwachstum ausgesprochen worden war, sowie dem klinisch, kolposkopischen Befund in unserer Praxis, durch den das rasche Entstehen und Wachsen des bösartigen Tumors bestätigt werden konnte.

Die regelmäßig durchgeführten Kontrolluntersuchungen sowohl

im Krankenhaus als auch in unserer Praxis, ergaben keine auffälligen Befunde, vorerst keinen Verdacht auf ein Rezidiv.

Am 23.7.71 ließen wir routinemäßig ein Urogramm und eine Röntgen-Beckenübersicht anfertigen.

Beurteilung:

Normales Urogramm, kein Anhalt für eine Abflußbehinderung.

Röntgen-Beckenübersicht:

Arthrotische Randverdichtungen an den Iliosakralgelenken, geringe Arthrose auch der Hüftgelenke mit Strukturverdichtung im Pfannendach, kongenital etwas flache Hüftgelenkspfannen bds. - in den Sehnenansätzen -. In beiden Sitzbeinästen ist die Struktur wolzig etwas aufgehellt, re. ausgeprägter, hier am Abgang des Sitzbeinastes eine gut mandelgroße, etwas verwaschene Strukturaufhellung. Auch im re. Femurkopf eine gut bohnergroße Aufhellung zentral dicht unterhalb der Fovea. Sonst Knochenstruktur und Konturen regelrecht.

Beurteilung:

Die Strukturveränderungen in beiden Sitzbeinästen und im re. Femurkopf sind verdächtig auf destruierenden (metastatischen) Knochenprozeß. Die Kortikalis an den Sitzbeinästen noch erhalten, keine Deformierung.

Zu diesem Zeitpunkt war durch die röntgenologische Beckenübersicht erstmals ein Verdacht auf Metastasen ausgesprochen worden.

Wir wiesen die Patientin zur Sicherung der Diagnose in das Krankenhaus ein, wo u. a. eine Lymphographie und Bestrah-

lungen mit ultraharten Röntgenstrahlen des Betatron durchgeführt wurden.

Bericht der am 7.10.71 durchgeführten Lymphographie:

Die Vergrößerung sowie die inhomogene Anfärbung der iliacaalen linksseitigen Lymphknoten spricht für das Vorliegen von Lymphknoten-Metastasen in diesem Bereich bei Zustand nach Operation eines Carcinoma colli I. Aus der noch vorhandenen Anfärbung von Lymphbahnen in der Speicherphase ist eine leichte Lymphstauung zu diagnostizieren. Die Rarefizierung der iliacaalen Lymphknoten ist in diesem Falle weniger gut verwertbar, da es sich sowohl um eine Folge der durchgeführten Op. als auch um eine Folge der Bestrahlung handeln kann.

Gynäkologischer Entlassungsbefund vom 29.10.71 (Auszug):

Scheidenstumpf glatt. Im li. Sacro-uterin-Ligament tastet man eine weiche zapfenförmige, daumenendgroße indolente Resistenz.

Eine weitere ambulante Bestrahlung der Pat. ist vorgesehen.

Die Betatron-Bestrahlungen wurden dann bis Anfang des Jahres 1972 ambulant fortgesetzt.

Im Laufe des Jahres 1972 verschlechterte sich der Zustand der Patientin, es traten häufige Durchfälle und multiple Beschwerden im gesamten Abdomen auf.

Die gynäkologischen Untersuchungen wiesen immer eindeutiger auf Metastasierungen im Becken links hin. Im Juni mußte Frau H. wegen eines Subilius erneut stationär eingewiesen werden.

Uns ging folgender Bericht zu.

(Ausschnitt):

Strahlenkolitis bei Zustand nach Betatron-Bestrahlung wegen Parametriumrezidiv li. und Lymphknotenmetastasen im Iliarcarbereich li. bei Zustand nach WERTHEIM Op. 1968.

Die Rektoskopie ergab bis 25 cm Höhe eine leichte Colitis catarrhalis. Ebenso bestand histologisch ein entzündlicher Schleimhautreizzustand. Im Rö.-Colon fand sich am rektosigmoidalen Übergang eine konstante Stenose von etwa 8 - 10 cm Länge. In diesem Bereich ist das Lumen auf Bleistiftdicke verengt. Es dürfte sich höchstwahrscheinlich um eine Strahlenstenose handeln, da dieselbe etwa im Bereich des Bestrahlungsfeldes der Anfang d. J. durchgeführten Betatronbestrahlung liegt. Die gynäkologische Untersuchung ergab ein derbes, unverschiebliches und stark verdicktes li. Parametrium. Von einer Strahlentherapie wird vorerst abgesehen.

Ergebnis der Cystoskopie:

Trigonum gering entzündlich gerötet, sonst unauffälliger Befund. Blauausscheidung regelrecht, kein Anhalt für Tumorgeschehen. Unauffälliger Rö.-Thoraxbefund.

Mit der allgemein-chirurg. Abt. unseres Hauses war die Übernahme der Pat. zur Anus-*praeter*-Op. vereinbart worden, jedoch wünschte die Pat. zunächst noch einmal nach Hause entlassen zu werden. Sie will sich erst zu einem späteren Zeitpunkt der unumgänglichen Operation unterziehen. Da jederzeit die Gefahr eines akuten Darmverschlusses besteht (worüber die Pat. aufgeklärt ist), empfehlen wir Frau H. Ihrer besonderen Aufmerksamkeit.

Frau H. war vorerst nicht bereit, sich einer abermaligen Operation zu unterziehen, so daß die Palliative-Behandlung fortgesetzt werden mußte.

Im Herbst 1974 wurde es unumgänglich, einen Anus *praeter*

anzulegen.

Das Becken war jetzt von Tumormassen vollkommen ausgemauert.

Im Dezember 1974 verstarb Frau H. an den Folgen ihres Tumorleidens.

6. Fall

Kolposkopisch verdächtig, cytologisch positiv, histologisch Carcinoma colli in situ.

Margot U., geb. 20.5.33, zum Zeitpunkt der Diagnose 36 Jahre alt.

Frau U. kam am 16.10.69 erstmalig in unsere ambulante Behandlung. Sie gab eine vor einigen Tagen aufgetretene Zwischenblutung bei sonst normaler Menses als Grund an, sich einer gynäkologischen Untersuchung zu unterziehen.

Anamnese: Ein Partus ohne Besonderheiten, keine Aborte, keine Operationen, keine venerischen Infektionen. Abgesehen von Kinderkrankheiten nie ernsthaft krank gewesen.

Befund:

Äußeres Genital o. B. Vagina unauffällig, etwas schleimiger, weißlicher Fluor. Portio klobig, Muttermund quer gespalten, leicht geöffnet. Die Portio ist fast völlig von einer über markstückgroßen Erythroplakie bedeckt. Kolposkopisch findet sich um den Muttermund herum eine Ektopie, zur Peripherie hin eine größere im allgemeinen unauffällige Epidermisierung im Sinne einer Umwandlungszone. Innerhalb

dieser Umwandlungszone findet sich bei 7 Uhr ein Bezirk mit zahlreichen Kapillaren, die durch unregelmäßige Schlängelungen und Verzweigungen auffallen.

Wegen dieses suspekten Bezirkes innerhalb der Umwandlungszone wird ein cytologischer Abstrich entnommen.

Befund vom 20.10.69 (Nr. A 4829/69):

Es finden sich zahlreiche zumeist acidophile Superficialzellen (späte Follikelphase).

Mäßig zahlreiche Intermediär- und Parabasalzellen.

Letztere zeigen vielfach große atypische hyperchromatische Kerne. Wenige Zylinderzellen. Recht zahlreiche Leukozyten.

Der Abstrich muß als verdächtig bezeichnet werden.

Wenn gleich auch keine ganz sicheren Tumorzellen zu sehen sind, so bitte ich doch um ein Abradat oder eine PE, falls kolposkopisch Verdachtsmomente bestehen.

Papanicolaou III.

(Abb. 13)

Auf Grund dieses Befundes führten wir am 24.10.69 eine fraktionierte Curettage durch und entnahmen unter kolposkopischer Sicht aus dem verdächtigen Bezirk etwas Gewebe.

Histologischer Befund (A 4932/69 v. 28.10.1969):

Makroskopisch:

- 1) Mäßig gewebereiches Abradat.
- 2) Zwei pfefferkorngroße Gewebspräparate.

Mikroskopisch:

Zu 1) Das Endometrium zeigt ein Proliferationsstadium. Geringe chronisch-entzündliche Infiltrate im Stroma. Es finden sich daneben einige Stückchen unauffälliger



Abb. 13: A 4829/69, 36jährige Frau.
Abstrichpräparat von der Portio: Pap III.
Gruppe polymorpher Zellen mit unregelmäßigen
Kernen, die z. T. hyperchromatisch sind.

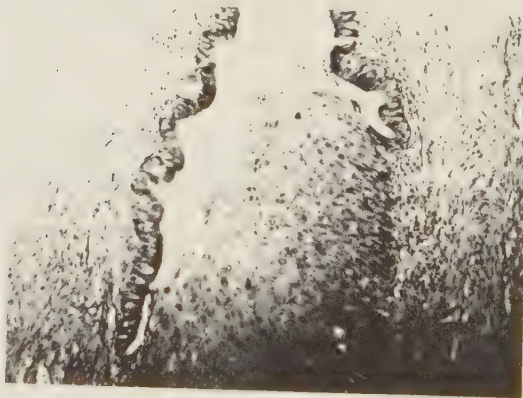


Abb. 14: A 4932/69, 36jährige Frau.
Gleiche Pat. wie Abb. 13.
Histologisches Präparat von der Portio:
Zapfenartig in die Drüsen einwachsendes
Carcinoma in situ.
(Paraffin, H. E., 1 : 100)

Cervixschleimhaut sowie einige Streifen atypischen und auch gesteigert atypischen Plattenepithels.

(Abb. 14)

Zu 2) Das Portiogewebe zeigt eine chronisch entzündliche infiltrierte glanduläre Pseudoerosion mit einem kleinen Carcinoma in situ. Dieses wächst in Zapfen in die Drüsenlichtungen ein. Die Ausdehnung ist nicht sehr groß, so daß ich glaube, die Portioamputation oder Konisation wird ausreichen.

(Abb. 15)

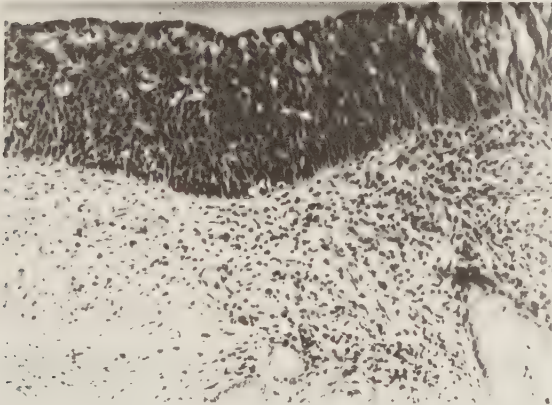


Abb. 15: A 4932/69, 36jährige Frau.
Gleiches Präparat wie Abb. 14.
Carcinoma in situ.
(Paraffin, H. E., 1 : 60)

Auf Grund dieses Befundes wurde die Patientin von uns stationär eingewiesen. Am 5.11.69 wurde die Diagnose an einem Konus der Portio bestätigt und daraufhin eine abdominale Uterustotalexstirpation durchgeführt.

Am 11.12.69 wurde Frau U. in unsere ambulante Weiterbehandlung entlassen.

Auszug aus dem Arztbericht:

Diagnose: Carcinoma colli uteri in situ.

Therapie: Abdominale Uterusexstirpation ohne Adnexe.

Gynäkologische Entlassungsuntersuchung:

Querschnitt bis auf eine oberflächliche Dehiszenz in der Wundmitte primär geheilt. Scheidenstumpf in Granulationsheilung. Im kleinen Becken keine pathologischen Resistenzen palpabel."

In den Jahren 1970 bis 1972 haben wir in kurzen Abständen von 1-2 Monaten Kontrolluntersuchungen durchgeführt, 1973 vergrößerten wir die Untersuchungsintervalle auf etwa 3 Monate, 1974 kam die Patientin in etwas unregelmäßigen Abständen, stellte sich aber jedenfalls den erforderlichen Kontrollen.

Den vorerst letzten Befund konnten wir am 18.10.74 erheben:
"Äußeres Genital o.B., Vaginalschleimhaut unauffällig, die vordere Vaginalwand senkt sich geringfügig beim Pressen. Keine Harninkontinenz. Reizlose und unauffällige Scheidenschlußnarbe.

Die palpatorische Untersuchung ergibt weder vaginal noch rectal einen Anhalt für Metastasen, im kleinen Becken keine Resistenzen."

Frau U. ist somit 5 Jahre nach der Diagnose und der Operation rezidivfrei. Wir haben mit ihr, anlässlich der Erreichung der "5-Jahresgrenze", die Vergrößerung der Untersuchungsintervalle auf 5 bis 6 Monate besprochen.

IV. ZUSAMMENFASSUNG =====

Aus dem großen Patientinnengut, das sich dem niedergelassenen Gynäkologen in über siebenjähriger Praxistätigkeit anvertraute, haben wir uns in der vorliegenden Arbeit nur mit dem Teil beschäftigt, der von einer Krebserkrankung an Uteruscorpus oder Collum uteri betroffen war.

Besonderes Interesse fand hierbei der Tatbestand, daß in den letzten Jahren dieser Zeitspanne erstmalig Krebsvorsorgeuntersuchungen an einem unausgewählten Patientinnenstamm routinemäßig durchgeführt werden konnten, denen eine große Anzahl von Untersuchungen aus den Vorjahren gegenüberstand, bei denen eine Vorsorge nicht oder nur eingeschränkt möglich war, die also vor dem Einsatz insbesondere cytologischer Methoden einer gewissen Auswahl unterlag.

Eine Verschiebung des Verhältnisses der Anzahl der Abstriche zu den cytologisch positiven Befunden vor und nach Einführung der routinemäßigen Vorsorgeuntersuchungen mußte erwartet werden, da es sich ja früher um ausgewählte Fälle gehandelt hatte, die cytologisch untersucht worden waren und später um unausgewähltes Material.

Dies ließ sich durch die zahlenmäßige Gegenüberstellung der erfaßten Fälle aus beiden Zeitabschnitten auch signifikant beweisen - siehe Tabellen I und II.

War im ersten Zeitraum die Gesamtzahl der Abstriche geringer, so ergab sich bei dem bereits vorher als verdächtig aufgefallenen Material eine größere Anzahl cytologisch

positiver Befunde. Nach Einführung der Vorsorgeuntersuchungen kehrte sich dieses Verhältnis um.

Da die Kolposkopie seit langem fester Bestandteil jeder gynäkologischen Untersuchung ist und ebenso vor wie nach Einführung der kassenrechtlich zulässigen Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig durchgeführt wurde, ließen sich an Hand dieser Zahlen keine Schlüsse über die größere diagnostische Treffsicherheit der einen oder anderen Suchmethode ziehen.

Hierzu war es erforderlich, die als kolposkopisch unverdächtig bezeichneten Befunde die dennoch ein cytologisch positives Ergebnis hatten, zahlenmäßig zu erfassen und denen gegenüberzustellen, bei denen der umgekehrte Tatbestand vorlag. Alle Fälle waren natürlich der histologischen Sicherung zugeführt worden.

Der Vergleich zeigte eine deutliche Überlegenheit der cytologischen gegenüber der kolposkopischen Suchmethode - siehe Tabelle III.

Dennoch zeigte die bei den weitaus meisten Verdachtsfällen eingesetzte histologische Diagnose, daß bei jeder der beiden Suchmethoden fehlerhafte Befundungen möglich sind und daß, wie bereits aus zahlreichen Publikationen bekannt ist, die kombinierte Anwendung beider Suchmethoden die größere diagnostische Sicherheit bietet.

Wir verfahren so, daß wir bei Übereinstimmung beider Suchmethoden in positivem Sinn oder bei starkem Verdacht auf ein Carcinom durch die eine oder andere Methode eine histologische Sicherung anstrebten. Es wurden in diesen Fällen

entweder fraktionierte Curettagen einschließlich Probeexcisionen unter kolposkopischer Sicht, in entsprechenden Fällen nur eine Probeentnahme, in anderen eine Konisation durchgeführt.

In einzelnen Fällen eines positiven cytologischen Befundes Pap III, bei denen sich kolposkopisch kein Substrat für eine PE anbot und aufgrund der Jugend der Patientin, insbesondere bei nulliparae eine gewisse Vorsicht hinsichtlich der Durchführung einer Konisation an der Portio angeraten schien, wiederholten wir in kürzeren Abständen die cytologischen Abstriche. Dieses Verfahren hat sich bewährt, einige dieser Abstriche wurden bei Wiederholungen negativ beurteilt und blieben auch bei jahrelangen Beobachtungen unverdächtig.

Selbstverständlich wurde bei wiederholt ausgesprochenem Verdacht die histologische Diagnose in Anspruch genommen. Offenbar wächst die Sicherheit der cytologischen Aussage durch das Vorliegen mehrerer Abstriche von einer Patientin.

Bei positiven Befunden der Gruppe IV und V wagten wir nicht so zu verfahren. Die Ergebnisse der endgültigen Diagnosen gaben uns hier recht. Wir hatten in dem gesamten Material von 3324 Abstrichen nur einen als Pap V beurteilten Fall, in dem kein Carcinom vorlag.

Kolposkopisch unverdächtige Befunde, die cytologisch positiv waren, führten wir grundsätzlich weiterführender Diagnostik zu.

V. LITERATURVERZEICHNIS

=====

- B a j a r d i , F. und H. K a s t n e r :
Wien. klin. Wschr. 1972, 633.
- B o y e s , D. A., H. K. F i d l e r a. D. R. L o c k :
The significance of in situ carcinoma of the uterine cervix. In: Proc. of the first internat. congress of exfoliative cytology. Lippincott, Philadelphia 1963.
- B u r g h a r d t , E.: Histologische Frühdiagnose des Zervixkrebese. Thieme Verlag, Stuttgart 1972.
- C h r i s t o p h e r s o n , W. M.: Obstet. gynec. Surv. 24, 842 (1969).
- C h r i s t o p h e r s o n , W. M. a. J. E. P a r k e r :
Cancer (Philad.) 17, 1123 (1964).
- D i e r k s , K.: Arch. Gynaek. 130, 46 (1927).
- E h r l i c h , P.: zit. nach H. S m o l k a u. H. J. S o o s t .
- H ä f e l i , K.: Die Früherfassung des Portiocarcinoms an der Univ. Frauenklinik Zürich von 1945 bis 1948. Diss. Zürich 1950.
- H a l l , J. E. a. L. W a l t o n : Amer. J. Obstet. Gynec. 100, 662 (1968).
- H e r t i n g , W. u. J. D. S c h n e l l :
Verhdl. Dtsch. Ges. Path. 57, 234 (1973).
- H i n s e l m a n n , H.: Der gegenwärtige Stand der Kolposkopie. In: Klinische Fortschritte "Gynäkologie", Urban und Schwarzenberg, Wien 1954.
- I g e l , H.: Die Diagnose des Uteruscarcinoms durch Vaginalabstrich. Zbl. Gynaek. 69, 1369 (1947).
- K ö h n , K.: In: Spez. Path. Anatomie. Bd. IV, Hrsg. W. D o e r r , H. S e i f e r t u. E. U e h l i n g e r . Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1969.

- K ö n i g e r , H.: Die zytologische Untersuchungsmethode.
Jena 1908.
- K o s s , L. G. a. G. R. D u r f e e : Diagnostic
cytology and its histopathologic bases. Pitman,
London 1961.
- K o t t m e i e r , H. L.: Carcinoma of the female geni-
talia. Williams and Wilkins, Baltimore 1953 -
Rev. franç. Gynec. 56, 821, 1961.
- L a t a s t e , F.: Compt. rend. Soc. biol. Paris 45,
135 (1893).
- L e n n e r t , K.: Verhdl. Dtsch. Ges. Path. 1973.
- L i m b u r g , H.: Die Frühdiagnose des Uteruscarcinoms.
3. Aufl. Thieme Verlag, Stuttgart 1956.
- M o h r , W.: Dtsch. med. Wschr. 1952, 420.
- N a u j o k s , H. u. J. C o n r a d : Diagnostik
1974, 419.
- P a p a n i c o l a o u , G. N.: Amer. J. Anat. 52, 519
(1933).
- P a p a n i c o l a o u , G. N. a. H. F. T r a u t :
Diagnosis of uterine cancer by the vaginal smear.
Commonwealth Fund, New York 1943.
- P e t e r s e n , O.: Acta radiol. (Stockh.) Suppl. 127
(1955). Amer. J. Obstet. Gynec. 72, 1063 (1956).
- P r i e s h o f , J.: Korrelation zwischen cytologischem
und histologischem Befund. 5. Tgg. d. schweiz.,
deutschen und österr. Ges. angew. Cytologie 1969,
Sils-Maria, Schweiz.
- R a m i r e z , E.: Rev. mex. biol. 8, 1 (1928).
- R e a g a n , J. W., D. J. H i c k s a. R. B.
S c o t t : Cancer (Philad.) 8, 42 (1955).
- R e t s c h , H. H.: Die Cytodiagnostik des weiblichen
Genitalcarcinoms. Ferdinand Enke, Stuttgart 1953.

- R e t t e r e r , E.: Compt. rend. soc. biol. Paris 44,
101 (1892).
- S c h m i t t , A.: Geburtsh. u. Frauenheilk. 10, 20 (1950).
Geburtsh. u. Frauenheilk. 13, 593 (1953).
- S m o l k a , H. u. H. J. S o o s t : Grundriss und
Atlas der gynäkologischen Cytodiagnostik.
Thieme, Stuttgart 1956.
- S t o c k a r d , C. R. a. G. N. P a p a n i c o -
l a o u : Amer. J. Anat. 22, 225 (1917).
- S t o l l , P.: Med. Klin. 1949, 1046.
- V i r c h o w , R.: Verh. Wzbg. phys.-med. Ges. II, 377
(1851). Die Cellularpathologie in ihrer Begründung
auf physiologische und pathologische Gewebelehre.
August Hirschwald, Berlin 1858.
- Z i n s e r , H. K.: Die Cytodiagnostik in der Gynäkologie.
Gustav Fischer, Jena 1951.

Herrn Professor Dr. med. K. Köhn möchte ich für
die Überlassung des Themas und seine stets hilfs-
bereite Unterstützung bei der Durchführung dieser
Arbeit sehr herzlich danken.

L e b e n s l a u f =====

Am 27. Januar 1928 wurde ich in Berlin geboren. Nach Absolvierung der Volksschule im Jahre 1942 begann ich eine Handwerkslehre.

Durch die Kriegssereignisse wurde diese Ausbildung unterbrochen. Im Jahre 1944 wurde ich zum sogen. Reichsarbeitsdienst einberufen, anschließend zur Wehrmacht übernommen und im Kriegsdienst eingesetzt.

Das Kriegsende erlebte ich in Berlin.

Von einer Kriegsverletzung genesen, arbeitete ich zur Finanzierung meiner weiteren Ausbildung in verschiedenen Funktionen und bereitete mich währenddessen an Hand von Büchern als Autodidakt auf das Abitur vor, das ich als "Nichtschüler" 1952 vor einer Kommission des Hauptschulamtes von Berlin in der Scharnow Schule in Berlin-Zehlendorf bestand.

1953 begann ich an der Freien Universität Berlin das Studium der Medizin, das ich mit dem Staatsexamen im Jahre 1959 abschloß.

1961 erhielt ich meine Approbation als Arzt, nachdem ich die vorgeschriebene Medizinalassistentenzeit absolviert hatte. In dem Städtischen Krankenhaus Wilmersdorf von Berlin, dem Martin-Luther-Krankenhaus und dem Städtischen Krankenhaus von Gifhorn in Niedersachsen erhielt ich meine fachliche Weiterbildung und 1966 die Facharztanerkennung.

Seit 1967 bin ich in Berlin als Gynäkologe in eigener Praxis tätig.

